

Universidad de Huánuco
Facultad de Ciencias de la Salud
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA GESTANTE
DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILO
VALDIZÁN MEDRANO - 2016.

Para Optar el Título Profesional de :
OBSTETRA

TESISTA

Bach. SANTOS ESTEBAN, Ronny Marcial

ASESORA

Dra. PALACIOS ZEVALLOS, Juana Irma

Huánuco - Perú
2018



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las Diez horas del día Doce del mes de Diciembre del año Dos Mil Dieciocho, se reunieron en el Auditorio de la Ciudad La Esperanza de la Universidad de Huánuco de esa ciudad, los Miembros del Jurado, designados por Resolución N° 2068-2018-D-FCS-UDH de fecha 10 de Diciembre del 2018 y, al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N° 1084-2018-R-UDH de fecha 02/OCT/18 Capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis intitulada: "**COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA GESTANTE QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO 2016**", presentado por el Bachiller don **Ronny Marcial SANTOS ESTEBAN** para optar el Título Profesional de **OBSTETRA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de BUENO (Art. 54).

Siendo las 11:35 horas del día, se dio por concluido el acto académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.

Mg. Martha Pozo Pérez
PRESIDENTA

Obst. Dora Narvi Zulema Oscategui Torres
SECRETARIA

Obst. Cecilia Lissette Suárez León
VOCAL

/gte.

DEDICATORIA

A Dios por darnos la vida y contar con sus bendiciones. Y a mis honorable Padre y familiares por el impulso a mi desarrollo y realización como persona, ciudadano y profesional al servicio de la sociedad.

AGRADECIMIENTO

- ✓ Reconozco particularmente la participación desinteresada de la población de madres gestantes del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en la entrega de información para el desarrollo de la presente investigación y a quienes dieron generosamente su tiempo para la recopilación de los datos de la presente investigación.
- ✓ A mi asesor de investigación por su dedicación y ayuda para la culminación de este estudio. A todos, muchas gracias.

INDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	V
SUMMARY	VI
INTRODUCCION	VII
CAPITULO I	1
1. Problema de investigación.....	1
1.1 Descripción del problema:.....	1
1.2 Formulación del problema.	4
1.3 Objetivo general.....	5
1.4 Objetivos específicos	5
1.5 Justificación de la investigación	5
1.6 Limitaciones de la investigación.....	6
1.7 Viabilidad de la investigación	7
CAPITULO II	8
2. Marco teórico.....	8
2.2 Bases Teóricas:.....	12
2.3 Definición de conceptos básicos	33
2.4 Hipótesis.....	33
2.5 Variables.....	33

2.6 Indicadores.....	33
CAPITULO III.....	36
Métodología de la investigación.....	36
3.1.3 Diseño.....	37
CAPITULO IV.....	44
RESULTADOS.....	44
1. Procesamiento de datos (cuadros estadísticos con sus respectivos análisis e interpretación).....	44
5.2. Contratación de Hipótesis y prueba de Hipótesis (Dependiendo de la investigación).....	69
CAPITULO V.....	70
discusión de resultados.....	70
1.3 Presentar la contratación de los resultados del trabajo de investigación.....	70
RECOMENDACIONES.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS.....	80

RESUMEN

Objetivo: Determinar el comportamiento sexual de la gestante en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2016.

Materiales y métodos: El presente estudio es de tipo descriptivo, prospectivo, cuantitativo y de corte transversal. La población de estudio fueron gestantes de 17 a 44 años. La muestra estuvo conformada por 97 gestantes. El instrumento utilizado fue una guía de entrevista que contó con una serie de preguntas sobre los datos generales de la gestante y 17 preguntas cerradas con alternativas múltiples. La confiabilidad fue determinada con el Alfa de Crombach ($\alpha = 0.708$). Por último, para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la prueba Chi-Cuadrado de independencia con significancia al 0,05.

Resultados: Durante el estudio realizado se observó que no hay cambios de la actividad sexual durante el primer trimestre, pero sí hay cambios en el segundo y tercer trimestre; el comportamiento sexual es positivo en % y negativo en un %.

Palabras claves: comportamiento, sexualidad, gestantes

SUMMARY

Objective: To determine the sexual behavior of the pregnant woman in the Hermilio Valdizán Medrano Regional Hospital 2016

Materials and methods: the present study is of descriptive, prospective, quantitative and cross-sectional type. The study population was pregnant from 17 to 44 years old. The sample consisted of 97 pregnant women. The instrument used was an interview guide that included questions about the general data of the pregnant woman and 27 closed questions of multiple alternatives (Appendix D). Reliability was determined with Crombach's Alpha ($\alpha = 0.708$). Finally, for the inferential analysis of the results, the Chi-Square independence test with a significance of 0.05 was used.

Results: during the study performed, there are no changes in sexual activity during the first trimester, but there are changes in the second and third trimesters.

Keywords: behavior, sexuality, pregnant

INTRODUCCION

Es a través de la presente investigación que se demostrara los hallazgos obtenidos en relación a la efectividad del “COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA GESTANTE DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HUANUCO 2016” durante el periodo de gestación.

Durante el embarazo se presenta diferentes cambios respecto a la función sexual de la mujer, hay cambios biológicos, psicológicos y físico que afectan al deseo, a la respuesta y al comportamiento sexual de la madre gestante. ⁽¹⁾

Los cambios en el comportamiento sexual son frecuentes y comienzan poco después de la concepción. La intensidad de estos cambios está sujeta a grandes variaciones individuales. Es probable que dichas variaciones se encuentren relacionadas con factores del desarrollo psicosexual de la mujer, su personalidad, los antecedentes personales, el impacto del embarazo en su salud y el tipo de relación con su pareja. ⁽²⁾

Existen estudios realizados en diversas partes del mundo como: Europa, Asia y América; sin embargo, los estudios en América Latina son escasos, y siendo más específicos en el caso de Perú. ⁽³⁾

El estudio consta que en el Primer capítulo; se desarrolló el problema de la investigación en el cual se expone la descripción del problema, la formulación del problema, los objetivos generales y específicos, limitaciones de la investigación, la viabilidad de la investigación y la justificación e importancia del estudio que se desarrolló en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico y conceptual, el cual comprende: de los antecedentes de la investigación, definiciones conceptuales, la hipótesis, las variables, los indicadores y las bases teóricas para el sustento del problema y las bases conceptuales del estudio que se

desarrolló en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

En el tercer capítulo se expone la metodología de la investigación la cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de investigación, universo, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y el procesamiento y análisis de los datos y las consideraciones éticas del estudio desarrollado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados y la contrastación de hipótesis del estudio desarrollado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

En el quinto capítulo se expone la discusión de los resultados. Y en el último capítulo, se presenta las conclusiones, las recomendaciones, las referencias bibliográficas y anexos del estudio desarrollado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema:

Durante el embarazo se presenta diferentes cambios respecto a la función sexual de la mujer, hay cambios biológicos, psicológicos y físico que afectan al deseo, a la respuesta y al comportamiento sexual de la madre gestante. ⁽¹⁾

Los cambios en el comportamiento sexual son frecuentes y comienzan poco después de la concepción. La intensidad de estos cambios está sujeta a grandes variaciones individuales. Es probable que dichas variaciones se encuentren relacionadas con factores del desarrollo psicosexual de la mujer, su personalidad, los antecedentes personales, el impacto del embarazo en su salud y el tipo de relación con su pareja. ⁽²⁾

Existen estudios realizados en diversas partes del mundo como: Europa, Asia y América; sin embargo, los estudios en América Latina son escasos, y siendo más específicos en el caso de Perú. ⁽³⁾

Según Brtnicka y Weiss et al ⁽⁴⁾ en el año 2010 encontraron: que el interés y la actividad sexual de mujeres embarazadas disminuyeron en el primer trimestre, aumentaron en el segundo y se redujeron otra vez en el tercero, encontrándose en relación con los cambios hormonales del proceso de gestación.

Así mismo, Masters y Johnson ⁽⁵⁾ estudiaron: un grupo de 101 mujeres, a las que entrevistaron durante los diferentes trimestres de la gestación y el puerperio. Durante el primer trimestre, las mujeres nulíparas notaron una disminución del interés sexual, mientras que 57 de las 68 mujeres multíparas estudiadas no notaron cambios sobre el interés sexual. Durante el segundo trimestre el 80% de las encuestadas,

independientemente de la paridad, manifestaron una mejoría en las relaciones sexuales en relación con el primer trimestre y las etapas previas a la gestación. En el tercer trimestre, la mayoría de las gestantes mostraron un menor deseo sexual y una menor frecuencia sexual.

En otros estudios se confirman que aproximadamente, el 40% de las mujeres embarazadas manifiestan una disminución del deseo sexual, debido al temor infundado de causar daño al feto o al aborto espontáneo. En el segundo trimestre del embarazo se recupera el deseo sexual, asociándose en muchos casos a un mayor bienestar físico, a la vez que decrecen los temores en relación a la pérdida del feto, siendo en este período cuando la mujer tiene una mayor lubricación vaginal, permitiendo más fácilmente el coito. ⁽⁶⁾

En Cuba, se estudió una muestra de 300 mujeres donde el 23% refirió tener un aumento de la actividad sexual durante el segundo trimestre, el 64% representó que la calidad de las relaciones sexuales era igual que antes del embarazo. El 89% planteó que las relaciones sexuales habían sido satisfactorias, y el 92% consideró que las relaciones sexuales debían mantenerse durante el embarazo. ⁽⁷⁾

Brasil, en el año 2012, Cinara Sacomori, Fernando Luis Cardoso ⁽⁸⁾ estudió a un grupo de 138 mujeres, con respecto a la práctica del coito vaginal fue gradual y significativamente menos realizada a lo largo de la gestación; algunas gestantes tenían sexo oral, penetración anal y por último la masturbación. Afectándose así las proporciones de realización de las prácticas sexuales.

En México se estudió la actividad sexual durante el embarazo en 140 mujeres, y se observó que el deseo de relaciones sexuales fue de 84% en el primer trimestre; de 71,4% en el segundo, y de 27.8% en el tercero. ⁽⁹⁾

Un estudio realizado en Portugal indica que el 55% de las embarazadas declara que la menor actividad sexual se desarrolla en el tercer trimestre, Además, en la mujer embarazada, surgen preocupaciones concernientes a las posibles complicaciones Obstétricas y Ginecológicas que pueden desencadenarse por la actividad sexual. ⁽¹⁰⁾

En Canadá, el 49% de las embarazadas creen que las relaciones sexuales pueden provocar una complicación en el embarazo; como Hemorragias, amenaza de parto pre término, Infección, rotura prematura de membranas, entre otras. ⁽¹¹⁾

Por Perú, un estudio en 260 puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Loreto revela que el 17,7% tenía miedo de dañar al feto con las relaciones sexuales; ⁽¹²⁾ no obstante, otro trabajo realizado en el mismo Hospital con 205 puérperas señala que el 40% indico tener cambios en la conducta sexual por presencia de náuseas y vómitos y 58,5% de éstas cree que las relaciones sexuales pueden provocar un Aborto o un Parto Pretérmino. ⁽¹³⁾

A su vez, la satisfacción sexual en el embarazo está íntimamente relacionada con los sentimientos de felicidad sobre la gestación, con continuar viéndose atractiva y con la comprensión de que, en una gestación sana, la actividad sexual y el orgasmo no dañan al feto. ⁽¹⁴⁾

Por otro lado, José Juan Valdés y Jaime Jasso ⁽¹⁵⁾ indicaron que existen contraindicaciones de las relaciones coitales durante el embarazo como: Historia clínica con antecedentes de abortos espontáneos repetidos, Sangrado activo a través de la vagina en el embarazo actual, contracciones uterinas antes de lo normal, Amenaza de aborto o aborto en evolución (se puede dar por deficiencia, hormonal, malformación genética, placenta baja), Inserción baja de placenta, amenaza de parto prematuro, Presencia de alguna enfermedad orgánica grave no controlada (diabetes, preeclampsia), Si hay embarazo ectópico.

Así mismo Richard Naeye ⁽¹⁶⁾ sugerían que la actividad del coito durante la gestación podía ser peligrosa tanto para la salud de la embarazada como para la del feto. Mientras tanto, otros autores, como Pierre Vellay, sostenían, que la actividad sexual durante el embarazo tiene beneficios psicológicos e incluso puede mejorar la evolución del embarazo.

No existen muchos trabajos que hayan investigado sobre la sexualidad en este periodo de gestación de la mujer, ni son muchos los esfuerzos mundiales abocados al estudio y conocimiento de la sexualidad de la gestante. ⁽¹⁷⁾

Por último, para mejorar la conducta sexual en el embarazo es necesario, educar y lograr cambios en la conducta sexual, enseñar a practicar la sexualidad con responsabilidad en cada momento del embarazo.

1.2 Formulación del problema.

➤ Problema general

- ¿cuál es el comportamiento sexual de la Gestante del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2016?

➤ Problemas específicos

- ¿Cuál es el comportamiento sexual de la gestante según el trimestre de gestación del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco – 2016?
- ¿Cuál es el comportamiento sexual de la gestante frente a los cambios propios del embarazo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco – 2016?

1.3 Objetivo general

Identificar el comportamiento sexual de la gestante del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2016.

1.4 Objetivos específicos

- a. Determinar el comportamiento sexual de la gestante según el trimestre de gestación del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco – 2016.
- b. Conocer el comportamiento sexual de la gestante frente a los cambios propios del embarazo. del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco – 2016.

1.5 Justificación de la investigación

➤ A nivel teórico

El propósito fundamental para recurrir a la teoría fundada es generar modelos explicativos de la conducta humana en este caso, de una situación de la vida sexual de la gestante sobre la que se tiene muy poco conocimiento que sirva a este estudio como punto de partida, por lo que apoyados en los datos recopilados sistemáticamente y aportados por ellos durante las entrevistas se pueda construir significados derivados de sus discursos sobre las diferentes situaciones que enfrentaron durante la experiencia de la procreación. ⁽¹⁸⁾

➤ A nivel práctico

Considerando de que, en el país, son pocos los estudios que han intentado explicar el Comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo. En el presente trabajo se demostró saber cuál es el comportamiento sexual que tienen la gestante para que de esa manera tener conocimiento de cuáles son los puntos que debemos reforzar para lograr su intervención en el tema.

➤ **A nivel metodológico**

El proceso de construcción del conocimiento desde este enfoque metodológico, implicó a la recopilación de la información durante el trabajo de campo, partiendo del muestreo que se realizó en función de la construcción de relaciones entre los criterios teóricos y aplicados, y que durante la codificación, con miras al alcance de la saturación teórica, éstas se vayan simplificando para hacerlas más manejables a la luz de un proceso de análisis racional que permitirá la categorización y la codificación a través de las cuales se podrán identificar y diferenciar en unidades de significado. ⁽¹⁹⁾

1.6 Limitaciones de la investigación

El presente estudio sobre el **COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA GESTANTE DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – 2016**, el diseño del proyecto de investigación se dispuso de diversos trabajos de investigación relacionados al tema como material de consulta así mismo, de bibliografía actualizadas y de fuentes bibliográficas en Internet, por lo que no existen limitaciones metodológicas para su desarrollo.

Por ser un estudio descriptivo transversal, los datos están ligados a la veracidad de las respuestas. Se describió las características propias de una población estática perteneciente a una Región Geográfica determinada (Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016).

Entre los recursos con los que se contó para aplicar el cuestionario de características sociodemográficas y las escalas de opinión y acciones, son las parejas visitantes al consultorio de materno durante la hora de visita del servicio (08:00 – 13:00). Asimismo, la investigación es viable en términos de recursos humanos y financieros. En cuanto a las limitaciones que se presentan durante la investigación, estos consistieron en que en algún momento del estudio no se cubrirá toda la población operativa por situaciones que el investigador no puede manipular (viaje de la pareja, enfermedad).

1.7 Viabilidad de la investigación

La investigación es viable ya que se contó con los recursos necesario para llevarlo a cabo, porque se dispuso con el tiempo disponible para recopilar la información que Servio para dar respuesta a la formulación del problema, así como lo recursos humanos ya que dicha investigación cuenta con una población y un lugar determinado donde se realiza la investigación, por último se cuenta con los recursos económicos disponibles por parte de los investigadores ya que dicho proyecto de investigación será autofinanciado.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.

- **Antecedentes internacionales**

En Barcelona-España en el 2010, Contreras y Iris ⁽²⁰⁾ realizaron una investigación titulada comportamiento de la función sexual en mujeres embarazadas, la cual se llevó a cabo en gestantes que acuden al consultorio Prenatal del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, El estudio incluyo a 80 pacientes cursantes del III trimestre de gestación con embarazos normales entre 15 y 19 años. Entre los resultados se encontró que las gestantes antes de su embarazo las pacientes manifestaron tener una frecuencia sexual alta (52,5%), un deseo sexual medio (37,5%) y un patrón del ciclo sexual monorgasmico (70%). Así como también Durante el embarazo la frecuencia sexual disminuyo progresivamente de un nivel medio durante el primer trimestre (46,25%), hasta el cese de toda actividad sexual durante el tercer trimestre (36,25%); igualmente el nivel de deseo sexual fue bajo a lo largo de los tres trimestres de gestación y el patrón del ciclo sexual fue monorgasmico (50,99%) y el miedo a ejercer la función sexual se presentó en 63,75% de las gestantes. se concluyó que el embarazo modifica la conducta sexual de las mujeres, altera el deseo sexual y hace más difícil la obtención del orgasmo en la medida que avanza el estado gestacional.

En Rosario-Argentina en el 2012, Levin ⁽²¹⁾ realizó una investigación titulada Cambios en la actividad sexual durante la gestación, estudio descriptivo cuyo objetivo fue conocer los cambios en la actividad sexual de las mujeres embarazadas, la cual se llevó a cabo en mujeres embarazadas con más de 9 semanas de gestación que concurren a la Maternidad Martín de la ciudad de Rosario, durante el periodo comprendido entre el 1º de agosto y 30 de setiembre de 2012 el estudio se ejecutó por medio de encuestas a 104 mujeres. Los resultados encontrados fueron que la mayor probabilidad de disminución del deseo sexual en la pareja de la embarazada ocurre en el tercer trimestre. Las posiciones sexuales van modificándose con el transcurso del embarazo, constatándose que en el tercer trimestre la satisfacción sexual u orgasmo se logra más fácilmente con la posición de costado o ella arriba, por último, Casi la mitad de las embarazadas creen que las relaciones sexuales durante el embarazo pueden afectar o perjudicar al embarazo o al bebé. Sin embargo, muy pocas consideran haber tenido complicaciones provocados por las mismas.

En Sevilla-España en el 2012, García et al ⁽²²⁾ realizaron una investigación titulada Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas de tipo cuasiexperimental y que tiene como objetivo Evaluar el nivel de conocimientos de la sexualidad en la gestación previos y posteriores a un programa formativo implementado por un grupo de gestantes en el segundo y tercer trimestre; la cual se llevó a cabo en el Hospital Universitario Virgen Macarena Sevilla, donde participaron un grupo de

40 mujeres gestantes entre 20 y 35 años. Donde los resultados encontrados fueron: el 60% de las mujeres le ha afectado el embarazo a su vida sexual. El trimestre que ellas creen que pueden disfrutar más el sexo fue el segundo trimestre en un 62.5%. y el 30% pierden el deseo sexual en el tercer trimestre.

Asunción-Paraguay en el 2014, Bataglia Doldan et al ⁽²³⁾ realizo un estudio titulado Cambios observados en la sexualidad femenina durante la gestación. la cual se llevó a cabo en las áreas del hospital de las clínicas de la universidad de asunción. El estudio incluyó 321 gestantes. Se aplicó cuestionario estructurado para estudiar los cambios en la actividad sexual. Así mismo el estudio tiene como objetivo describir los cambios observados en la actividad sexual de la mujer durante la gestación. Po otro lado entre los resultados encontrados fueron: existen cambios significativos en el primer trimestre de la gestación en relación a su condición habitual, luego el interés sexual de la gestante fue francamente bajo en el tercer trimestre, esto en relación al deseo o libido, el erotismo y a la satisfacción sexual. 81% de las mujeres encuestadas desconocían de los cambios observados en el embarazo.

España en el 2014, García Romero ⁽²⁴⁾ realizo un estudio titulado sexualidad en el periodo gestacional que tiene como objetivó Identificar los cambios y/o problemas más frecuentes que presenta la mujer embarazada respecto a su sexualidad y, promover una actividad sexual saludable en la gestante y su pareja. El estudio concluyo en que se debe Promocionaríamos la salud de la embarazada y su pareja, reduciendo el

riesgo de aparición de disfunciones sexuales y mejorando su calidad de vida.

- **Antecedentes nacionales**

En Lima-Perú en el 2014, Guivoch Mesinas et al ⁽²⁵⁾ realizaron un estudio titulado Análisis de la actividad sexual de gestantes sin riesgo obstétrico, de tipo exploratorio, descriptivo y transversal, que tiene como objetivo conocer las características de la actividad sexual en gestantes sin riesgo obstétrico la cual se llevó a cabo en el área del Hospitales públicos de Lima Metropolitana, donde se encuestaron a 191 gestantes de 15-25 años y entre los resultados encontrados fue que la frecuencia de las relaciones sexuales, el deseo sexual, el patrón de respuesta y el miedo a ejercer relaciones sexuales disminuyó de a mayor edad gestacional.

En Perú en el 2011, Sofía Piñero et al ⁽²⁶⁾ realizaron un estudio titulado características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo de tipo descriptivo transversal, y tiene como objetivo Describir los cambios en la que se produce la sexualidad de la mujer durante el embarazo. Estudiar aspectos relacionados con la educación sexual. En este estudio se incluyeron a 103 gestantes entre los tres primeros meses de embarazo, donde los resultados fueron lo siguiente: El interés sexual permanece constante durante el primer y segundo trimestre, disminuyendo en el tercero. En general las relaciones sexuales sufren una disminución a lo largo del embarazo siendo más marcadas en el tercer trimestre, aunque prácticamente todas se encuentran satisfechas y conformes con su vida sexual, sin olvidar que una parte de las

encuestadas aumenta su interés y mejora su vida sexual por último se concluye que debemos incidir en la importancia de una mayor educación sexual durante este periodo por personal sanitario calificado.

No se encontraron antecedentes locales de investigaciones referentes a la variable en estudio.

2.2 Bases Teóricas:

- **Educación Sexual**

Según Silvia L. Formenti en el 2005 ^(27.) define la Educación Sexual, como estrategia de enseñanza referida al proceso de desarrollo sexual de cada etapa de la vida. El Diccionario Encarta en el 2004, significa el proceso y las consecuencias de la sexual, generalmente impartida a niños y adolescentes. Es una comunicación entre padres e hijos, pero en muchas ocasiones los padres no les hablan de información material sexual. La educación sexual debe ser aplicada por personas preparadas en la materia sexual o por lo menos tener conocimientos sobre la sexualidad. Los participantes deben educarse con programas y personas disciplinarias para poder llevar la información correcta de acuerdo a cada edad en temas de sexualidad. Que en la misma pueda abarcar términos correctos sobre el desarrollo humano y sus cambios en cada etapa.

Así mismo Silvia L. Fomenti en el 2005, expone fundamentos sobre la educación sexual como marco de referencia, exponiendo: “Que educar para la sexualidad sana, creativa, que además de prevenir enfermedades y embarazos no deseados, pueda ser vivida con placer, respeto y responsabilidad, favorecer la educación entre alumnos, padres y educadores, facilita la búsqueda común de soluciones frente a cuestiones y problemas que con la sexualidad puedan surgir y mejorar el conocimiento de conceptos de anatomía y fisiología sexual humana y de salud sexual y su incidencia sobre el desarrollo”.

En nuestro país en el año 2006 según la ley se sancionó la ley N^o 26.150 que convierte en obligación la educación sexual en las escuelas públicas como privadas, la cual comenzó a conocimientos se incluyen con otras asignaturas. La misma se dicta tanto en el nivel preescolar, como el primario y secundario, respetando las etapas de desarrollo madurativo de los alumnos y alumnas. ⁽²⁸⁾

Así mismo Silvia L. Fomenti en el 2005, expone fundamentos sobre la educación sexual como marco de referencia, exponiendo: “Que educar para la sexualidad sana, creativa, que además de prevenir enfermedades y embarazos no deseados, pueda ser vivida con placer, respeto y responsabilidad, favorecer la educación entre alumnos, padres y educadores, facilita la búsqueda común de soluciones frente a cuestiones y problemas que con la sexualidad puedan surgir y mejorar el conocimiento de conceptos de anatomía y fisiología sexual humana y de salud sexual y su incidencia sobre el desarrollo”.

En nuestro país en el año 2006 según la ley se sancionó la ley N^o 26.150 que convierte en obligación la educación sexual en las escuelas públicas como privadas, la cual comenzó a conocimientos se incluyen con otras asignaturas. La misma se dicta tanto en el nivel preescolar, como el primario y secundario, respetando las etapas de desarrollo madurativo de los alumnos y alumnas. ⁽²⁸⁾

- **Sexualidad**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través del pensamiento, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La misma se encuentra determinada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. ⁽²⁹⁾

Si bien puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. Desde el punto de vista psicológico, la sexualidad es la manera de vivir la propia situación. Cada persona tiene su propio modo de vivir el hecho de ser mujer u hombre, su propia manera de situarse en el mundo.

El concepto de sexualidad, por tanto, no se refiere exclusivamente a las “relaciones sexuales”, sino que éstas son tan sólo una parte de aquel. Se desarrolla y expresa de diferentes maneras a lo largo de la vida, de forma que la sexualidad de un infante no será la misma que la de un adolescente o un adulto. Cada etapa de la vida necesita conocimientos y experiencias específicas para su óptimo desarrollo. ⁽³⁰⁾

Según Mario Gantier González sostiene que el ejercicio de la sexualidad es una necesidad social básica, con gran repercusión en el bienestar individual y en las relaciones interpersonales, en lo afectivo y en la comunicación con el otro. La necesidad de complementariedad, trascendencia y comunicación, motiva el acercamiento de los individuos entre sí. ⁽³¹⁾

• **ÁMBITOS DE LA SEXUALIDAD**

La actividad sexual humana depende de las características físicas, psicológicas y biológicas del individuo, de la existencia o no de una pareja, del contexto sociocultural en el que tiene lugar la relación, etc. En cada uno de nosotros la sexualidad humana cubre diversas funciones a distintos niveles.

a. En el ámbito psíquico:

Erikson ⁽³²⁾ dijo que La sexualidad es uno de los móviles más importantes en la estructura de la personalidad. La identidad sexual, forma parte del concepto general de identidad, es decir, de la conciencia de sí mismo.

Por otra parte, López ⁽³³⁾ que el ámbito psíquico es una categoría permanente del yo. La regulación del deseo sexual, la búsqueda del

placer y la satisfacción sexual constituyen una de las motivaciones más importantes de la existencia humana en todas las edades. En la medida en que no tiene prefijados sus destinos, este sentimiento de búsqueda de satisfacción puede ser derivado de otros fines y constituye en una de las principales fuentes de creatividad

b. En el ámbito social:

Tajfel en 1981, ⁽³⁴⁾ ha definido a la identidad social como aquella parte del auto concepto de un individuo que deriva del conocimiento de su pertenencia a un grupo social junto con el significado valorativo y emocional asociado a dicha pertenencia. Asimismo, asocia esta noción con la de movimiento social, en la que un grupo social o minoría étnica promueve el derecho a la diferencia cultural con respecto a los demás grupos y al reconocimiento de tal derecho por las autoridades estatales y los grupos.

c. En el ámbito reproductivo:

La sexualidad cumple la función reproductiva propia de la especie. Sin embargo, el sentido de la reproducción humana dista mucho del que tuvo en el ambiente primitivo de adaptación. Las especies que sobreviven, lo hacen porque han tenido éxito en su adaptación al medio. La humana, como consecuencia de su desarrollo intelectual, ha sido capaz de modificar el medio y adaptarlo a sus propias necesidades, hasta tal punto que, en la actualidad el equilibrio entre las necesidades y los recursos está en riesgo. Desde este punto de vista, es evidente que la especie humana no está en peligro de extinción, sino todo lo contrario. Por ello, la reproducción, por su propia evolución, debe entenderse no como una obligación de las mujeres, sino como una opción libre y voluntaria. Esta última afirmación se convierte en un desiderátum, puesto que la fecundidad humana siempre ha estado sometida a manipulaciones de carácter sociopolítico. ⁽³⁵⁾

d. La sexualidad en diferentes etapas de la vida

Desde la visión de la vida sexual del ser humano como algo flexible, cambiante y en permanente proceso de transformación, se capta en toda su hondura la realidad del hecho sexual. La sexualidad no tiene una sola función, ni es algo particular de un periodo de la vida del ser humano. No es algo rígido desde que nacemos hasta nuestra muerte. Cada etapa de nuestra vida tiene sus peculiaridades y la sexualidad no es ajena a esta realidad. Por ello, una visión positiva, enriquecedora y responsable de las bondades del sexo permite disfrutar de lo bueno de nuestra sexualidad en cada uno de los periodos de la vida. ⁽³⁶⁾

En este periodo, que se prolonga desde el nacimiento a la adolescencia, se producen una serie de cambios físicos y psíquicos que constituyen el desarrollo. Para comprender esta etapa como génesis de la sexualidad humana hay que tener en cuenta los siguientes aspectos.

➤ **Características de los niños y niñas de 0 a 6 años.**

En esta etapa de la vida del niño y la niña hay una serie de cambios fundamentales (motores e intelectuales) para su desarrollo en general y que tendrán un significado especial para el desarrollo sexual.

- ✓ El control de esfínteres y el modo de afrontar los padres y madres las circunstancias que los rodean pueden influir en el desarrollo de la sexualidad del adulto.
- ✓ Los problemas de celos y su superación le van a permitir ver el mundo de las relaciones de modo menos egocéntrico y aprender que compartir no es perder, sino ganar.
- ✓ La curiosidad que siente en esta etapa se hace extensiva también a su sexualidad. De ahí que podamos hablar de curiosidad informativa hacia el mundo que le rodea, curiosidad por lo físico y lo emocional, y también en el plano sexual. El niño explora su propio cuerpo y las sensaciones que va percibiendo. Aquí se corre el riesgo de que la actitud de los adultos no sea

colaboradora. Deben evitarse los gestos de desaprobación, los silencios o la incomodidad, porque se convierten en un cúmulo de mensajes para los niños y las niñas que influyen de manera notable en la percepción que tendrán sobre su cuerpo. Es evidente que el niño o la niña van a sentir curiosidad por el otro u otra. Querrán investigar en las diferencias físicas; aparecen conductas que se pueden denominar como mirar y exhibicionistas (mostrarse). Comienzan los juegos en los que los/as niños/as imitan conductas de marcado carácter sexual, que ven en su entorno, en la televisión etc. Incluso en los últimos años de esta etapa comienzan las actividades auto exploratorio y auto estimulatorias que pueden generar angustia en los mayores y provocar reacciones reprobatorias hacia el menor si no se contemplan como naturales y no se juzgan ni se intentan corregir. En esta etapa tiene una especial importancia el proceso de identificación e imitación de modelos de conducta sexual, que comienzan a definir las actitudes ante la sexualidad y los modos de relacionarse en los planos erótico y afectivo.

➤ **Características de los niños y niñas de 6 a 12 años.**

En este periodo el niño y la niña son más autónomos, se manejan mejor en el mundo real y conocen su identidad sexual. Por otra parte, la escuela adquiere una mayor importancia en su desarrollo, aunque de poco sirve en esta disciplina si el mundo académico continúa sin aportar ningún tipo de educación sexual reglada. Es un periodo en el que las prohibiciones en todo lo concerniente a lo corporal y a lo sexual se hacen mucho más explícitas. De ahí que las conductas sexuales se hagan menos espontáneas y abiertas, sean más sutiles y ocultas, y logren pasar desapercibidas a ojos de los adultos. De manera errónea, estas conductas pueden llevar a considerar esta etapa como de desinterés sexual o periodo de latencia. Sin embargo, persisten los juegos sexuales, que, aunque adquieren unas motivaciones añadidas, parten de la

curiosidad como elemento básico. El niño y la niña se afirman en lo que conocen por observación de la conducta de los adultos; son conscientes de las sensaciones físicas y emocionales asociadas al contacto y la cercanía física; experimentan la excitación sexual y la relación afectivo-sexual con su grupo de iguales. Por ello, las actitudes de reprobación o castigo por su curiosidad pueden tener una influencia negativa en el desarrollo posterior de la esfera psico-sexual de la persona. ⁽³⁷⁾

➤ **cambios durante el embarazo que pueden afectar a la sexualidad.**

La sexualidad femenina sufre modificaciones a lo largo de la vida de la mujer. El embarazo es frecuentemente reconocido como una crisis del desarrollo, no sólo para la mujer, sino también para su pareja. Por ello, no puede considerarse sólo como un tiempo de espera para el nacimiento de un hijo y mucho menos como un período breve y estático. Podríamos afirmar que es todo lo contrario. Durante el embarazo se expresan profundos cambios en la función sexual, la gestante muestra cambios biológicos que afectan al deseo, a la respuesta y al comportamiento sexual. Algunas parejas experimentan manifestaciones sexuales tales como la dispareunia (coito doloroso) o la anorgasmia en la mujer; los hombres, en cambio, pueden presentar disfunciones eréctiles o eyaculadoras y trastornos de la libido. Estas manifestaciones pueden iniciarse y agravarse durante el embarazo y no son pocas las parejas que continúan en el tiempo atrapadas dentro de esta problemática sexual. ⁽³⁸⁾

Para otras, sin embargo, el embarazo permite una expresión positiva de la sexualidad, debido entre otras causas a que se sienten paradójicamente libres del temor y/o del deseo del embarazo y, ayudadas por los efectos hormonales, pueden tener mayor espontaneidad y relaciones sexuales mejores y más gratificantes. La sexualidad durante el embarazo implica cambios en los factores físicos, hormonales, psicológicos, emocionales y culturales, que guardan una

estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida de la pareja. ⁽³⁹⁾

a. cambios físicos

En primer lugar, nos encontramos con el aumento de volumen del útero grávido, que impide adecuados desplazamientos y movilidad durante el coito. Conforme este aumenta se va produciendo una protrusión de las costillas inferiores y elevación de unos 4 cm del diafragma, que provocará alteraciones en el aparato respiratorio a partir del tercer trimestre, pudiendo provocar en algunas mujeres disnea. Este crecimiento también influye sobre el sistema cardiovascular, ya que se suele producir hipotensión postural por compresión de la vena cava al adoptar la mujer posición en decúbito supino o decúbito lateral derecho.

El sistema cardiovascular también cursa con otras alteraciones como son el aumento del gasto cardiaco (para poder satisfacer las necesidades de oxígeno del útero crecido y del feto), una reducción de la resistencia vascular sistémica, y un ligero descenso en la presión arterial media, debido a la dificultad para el retorno venoso en miembros inferiores y por compresión del útero sobre la vena cava inferior. Estos cambios pueden influir de forma negativa en la vida sexual de la pareja provocando, sobre todo, cansancio y somnolencia. ⁽⁴⁰⁾

También, se produce un aumento del flujo sanguíneo, lo que provoca mayor sensibilidad genital y mamaria, mejorando, así, el placer en los encuentros sexuales y haciéndolos mucho más agradables, alcanzando el clímax más fácilmente.

Con respecto al aparato urinario, los riñones aumentan su tamaño y se produce una dilatación pelvoureteral con el consiguiente aumento del volumen renal. En los primeros meses, se retrasa la eliminación urinaria, lo que produce aumento de la orina residual y favorece la aparición de infecciones urinarias. Está infección genital en uno o ambos conyugues contraindicaría las relaciones sexuales por riesgo a un posible aborto o

parto prematuro. También, nos encontramos que al final del embarazo, debido a la compresión del útero sobre la vejiga, disminuye su capacidad provocando polaquiuria, lo que podría provocar intranquilidad en la gestante mientras mantiene relaciones.

Otro cambio que encontramos en el embarazo es una debilitación de los tejidos de la musculatura del suelo pélvico a causa de varios factores como el incremento del peso intra-abdominal, la hiperlaxitud de los tejidos debido a los cambios hormonales y la distensión de los tejidos por el paso del bebé en el momento del parto (13–15). (41)

b. Cambios hormonales en el embarazo

Se han descubierto niveles mesurables de hCG 8 días después de la concepción, estos valores continúan aumentando con rapidez hasta alcanzar su máximo en el primer trimestre de embarazo lo cual puede contribuir a provocar las náuseas y vómitos asociados a este periodo.

Otra hormona especialmente importante es el estrógeno. Durante la primera parte del embarazo, la producción de estrógenos se encuentra a cargo del cuerpo lúteo. Posteriormente, la placenta y la corteza adrenal del feto son responsables de mantener elevados los niveles de estrógeno en la sangre materna, los cuales aumentan progresivamente durante todo el embarazo desde valores de 2 ng/ml durante el primer trimestre hasta 14 ng/ml al final del tercer trimestre. Los estrógenos contribuyen al crecimiento del útero y del tracto genital inferior durante la gestación y al desarrollo del sistema de conductos en las mamas. Igualmente son responsables de generar el comportamiento sexual de mujer.

Durante el embarazo, el 90% de la progesterona producida en la placenta pasa a la circulación materna y el 10% restante a la circulación fetal: los niveles de progesterona a lo largo del embarazo aumentan progresivamente, alcanzando unas concentraciones diez veces superiores a las que se encuentran durante la fase lútea del ciclo genital.

Tanto a la progesterona como a la prolactina se les han atribuido efectos negativos sobre la sexualidad, ya que de la misma forma en que la testosterona es una hormona que incita a la sexualidad, la prolactina es inhibidora de la misma, ya que, al actuar inhibitoriamente sobre la testosterona, actúa negativamente sobre el deseo sexual. Durante la gestación normal en el primer, segundo y tercer trimestre los niveles de prolactina están alrededor de 75, 116 y 216 ng/ml, respectivamente. El nivel máximo lo alcanza en la semana 25 y empieza a disminuir hacia la 38ª semana. ⁽⁴²⁾

c. cambios psicosociales y emocionales

La mujer debe acostumbrarse a su nueva estructura corporal, en ocasiones se puede sentir insegura, con temor de que su pareja la vea poco atractiva. Es importante tener en cuenta cómo percibe el compañero estos cambios fisiológicos de la mujer gestante y como se enfrenta a los retos y a la nueva situación que confiere la paternidad, reconociendo que él también se encuentra más vulnerable por sus propias angustias y miedos, lo que puede repercutir en la pareja.

Por otro lado, el estado psicológico de la embarazada tiende a afectar su conducta sexual, de una forma u otra, independientemente de su estado físico. Las mujeres psicológicamente más maduras, equilibradas y estables emocionalmente se adaptan mejor a su nueva condición fisiológica y pueden mantener durante el embarazo una misma calidad y frecuencia en relaciones sexuales, siempre que éstas ocurran de acuerdo con sus expectativas y no resulten agresivas o incómodas. Las mujeres que reaccionan negativamente al contacto sexual en este periodo pueden estar reaccionando a las alteraciones físicas y a la incomodidad; También como elementos fundamentales a valorar están las condiciones sociales que rodeen el embarazo. La edad de la gestante, las expectativas son fundamentales y la presencia del feto. ⁽⁴³⁾

➤ **Respuesta sexual: diferencias respecto a la gestación**

El término respuesta sexual (RS) designa el conjunto de cambios biológicos, psicológicos, afectivos y socioculturales. Los factores biológicos de la respuesta sexual actúan a nivel del sistema nervioso central y periférico, el aparato cardiovascular y el sistema neuromuscular. Se producen cambios en los tejidos y en los órganos genitales y extra genitales. Los cambios psicológicos que acompañan a la realización de actos sexuales incluyen alteraciones del estado de conciencia y percepciones sensoriales generalmente muy placenteras, lo que suele reforzar poderosamente la motivación para repetir la experiencia. No obstante, los cambios más visibles y específicos tienen lugar en los genitales.

La relación sexual se describe como una secuencia cíclica de etapas o fases características: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí. La presentación de una determinada fase no requiere necesariamente la precedente. ⁽⁴⁴⁾

➤ **Fase del deseo**

Podemos decir que estas cuatro fases definidas por Masters y Johnson tienen un inicio: el deseo. Aunque es difícil cuantificar la cantidad de deseo que experimenta una persona, por ser un dato subjetivo, este puede reflejarse con la búsqueda intencionada de contacto sexual, con la presencia de pensamientos y fantasías sexuales, la lubricación, etc. En estas mujeres, el interés sexual, puede verse afectado de diversas maneras según el tipo relación sexual que mantenga, los cambios tanto físicos como psicológicos anteriormente citados, la falta de información, estado hormonal. ⁽⁴⁵⁾

a. Fase de la excitación

Se produce un aumento del tamaño de las mamas por ingurgitación y vaso congestión, erección de los pezones, crecimiento del clítoris y apertura de los labios mayores y menores. La vagina comienza a lubricarse, aumenta su tamaño y se distiende. El útero y el cérvix se elevan sobre la pelvis para dejar el espacio necesario para el pene. La lubricación depende de la exudación de líquido de las venas dilatadas y congestivas que tapizan las paredes vaginales. Estudiaron esta fase en seis mujeres antes y durante el embarazo y encontraron que la congestión venosa propia de la gestación, debida probablemente a cambios hormonales, provoca en las mamas cierta irritación y dolor, sobre todo en el primer trimestre y en las mujeres que cursan su primera gestación. Algo similar sucede con la lubricación vaginal, que también es al principio molesta y se encuentra aumentada durante la gestación. ⁽⁴⁶⁾

b. Fase de meseta

La principal diferencia en esta etapa entre la mujer embarazada y la no gestante es que el vaso congestión de la porción externa de la vagina resulta francamente más pronunciada durante el embarazo. La reducción de la abertura vaginal se vuelve cada vez más pronunciada a medida que avanza la gestación, hasta tal punto que algunas parejas refieren imposibilidad para la penetración por “falta de espacio” o porque la vagina se encuentra demasiado “cerrada” durante el coito. ⁽⁴⁷⁾

c. Fase orgásmica

Se logra a través de la estimulación directa o indirecta del clítoris. Durante el orgasmo, la parte más externa y congestiva de la vagina se contrae fuertemente y a intervalos regulares de 0,8 segundos. El número de contracciones de la plataforma orgásmica varía de mujer a mujer y en cada una de las experiencias individual. El útero también se contrae a intervalos regulares. Se observa también una mayor retracción del clítoris, el cierre del esfínter anal, la retracción de los dedos y un aumento

de la frecuencia cardíaca y respiratoria. El orgasmo suele durar entre 10 y 15 segundos y durante el mismo no es infrecuente la pérdida de orina en la embarazada, como la eyección láctea en la puérpera que amamanta. Masters y Johnson observaron una diferencia muy importante en el orgasmo de la mujer embarazada en el último trimestre y, sobre todo, en las últimas cuatro semanas. ⁽⁴⁸⁾

Masters y Johnson ⁽⁴⁹⁾ observaron una diferencia muy importante en el orgasmo de la mujer embarazada en el último trimestre y, sobre todo, en las últimas cuatro semanas: en lugar de las contracciones orgásmicas normales, el músculo uterino se contrae de manera espástica y continúa sin relajarse. La duración de estas contracciones es de 1 minuto y se pueden observar hasta 30 minutos después del orgasmo. También constataron un enlentecimiento de la frecuencia cardíaca fetal sin signos de sufrimiento.

d. Resolución

Después del orgasmo se observa un momento de calma y relajación. La fase de resolución consiste en el retorno a los valores funcionales iniciales, con reducción de la congestión pélvica y relajación muscular. Se acompaña de un “período refractario”, durante el que es difícil inducir una nueva RS. Dura varios minutos y se alarga progresivamente con la edad.

Esta etapa, en la mujer embarazada, es molesta dado que la congestión pelviana disminuye de manera muy lenta. En algunas mujeres la congestión y la vascularización son tan marcadas que les impide lograr el orgasmo, aumentando así la tensión sexual y la frustración. La congestión pelviana podría justificar el dolor y la falta de confort durante las relaciones sexuales. Constituyendo la causa más importante de disminución de la frecuencia coital. Por otro lado, sin embargo, la gran cantidad de hormonas sintetizadas por la placenta probablemente

aumente el flujo y la lubricación vaginal. Estos cambios sin duda favorables, facilitan la sexualidad de la pareja. ⁽⁵⁰⁾

➤ **Cambios en la respuesta sexual según el trimestre de gestación**

En resumen, los principales cambios que ocurren con frecuencia durante el embarazo e influyen de alguna manera en el comportamiento sexual, los podemos agrupar y diferenciar en los tres trimestres de gestación.

a. Primer trimestre

Los cambios hormonales, intensos y rápidos, provocan un estado de labilidad emocional, por lo que demandarán mayor atención y demostración de afecto por parte de su pareja. Debe tenerse presente que muchas mujeres requerirán realizar un mayor esfuerzo para mantener el ritmo sexual usual, como consecuencia de la aparición de náuseas, vómitos, cansancio y otras molestias.

Como hemos visto anteriormente, un síntoma característico es el aumento en la sensibilidad de las mamas, con aumento de su tamaño y tumefacción de las areolas y pezones. Este aumento en la sensibilidad, muchas veces hace que un estímulo que antes resultaba placentero, ahora sea una molestia. Para evitar esto, es recomendable mayor suavidad durante esta etapa del embarazo. Pero, muchas mujeres manifiestan que con el tiempo la sensibilidad continúa, no así el dolor, por lo que la excitación es mayor.

Con respecto al orgasmo, en la mayoría de las mujeres la frecuencia y la intensidad se mantienen sin grandes cambios. ^(9,10)

b. Segundo trimestre

Durante este período suele aumentar el deseo sexual y la respuesta física, ya que existe un mayor bienestar por la disminución o desaparición de las molestias físicas, y la pareja se ha adaptado al

embarazo, desapareciendo muchos de los temores iniciales. Es importante comentar que algunas mujeres, anteriormente anorgasmias, tienen por primera vez un orgasmo durante este periodo.

c. Tercer trimestre

La mayoría de las mujeres experimenta una disminución o ausencia del deseo sexual, y una marcada disminución en la actividad coital debido a la incomodidad producida por la gestación avanzada, y otras muchas veces, por miedo a desencadenar el parto.

La excitación comienza a disminuir progresivamente a medida que progresa el embarazo, debido a la disminución de las sensaciones placenteras que son provocadas por las congestiones de la vagina, vulva y clítoris a raíz del aumento de tamaño del feto y la posición de encaje para el parto.

La frecuencia y la intensidad del orgasmo también disminuyen a medida que transcurre el embarazo. Si bien aumentan la necesidad de mimos, caricias y cuidados al sentirse más inseguras y frágiles. ⁽⁵¹⁾

➤ **Comportamiento sexual de los varones durante el embarazo**

Es importante tener en cuenta que son muchos los factores, aparte de los biológicos propios de la gestación, que se ponen en juego para determinar tipos de conducta sexual durante el embarazo. La conducta de la mujer ante la maternidad, la calidad y/o ausencia de la pareja, el nivel cultural y sus expectativas, así como otras condiciones individuales ejercen considerable presión sobre la conducta sexual. La presencia de complicaciones médicas y la preocupación ante la posible pérdida de la gestación, sin dudas influyen en el comportamiento sexual de la mujer.

Durante el primer trimestre del embarazo se observa una marcada variación en los modelos de conducta y capacidad de respuesta sexual. Las mujeres que experimentan náuseas y vómitos durante este período

tienen una disminución de su interés por la actividad sexual y una reducción de esta, mientras que otras presentan un aumento de la libido. Los cambios del cuerpo pueden hacer dolorosa la estimulación, como ocurre con el vaso congestión mamaria (la turgencia, la sensibilidad y la hiperalgia aumenta a medida que avanza la gestación). Esto se hace evidente desde los primeros meses y toda esta sintomatología aumenta durante el acto sexual debido a la mayor afluencia de sangre al área ya congestionada. ⁽⁵²⁾

Se reporta un aumento de la actividad sexual durante el segundo trimestre de la gestación a diferencia de lo que ocurre en el tercero, cuando se produce una considerable reducción de la actividad sexual acompañado de un aumento de la fatigabilidad y una disminución de la libido. Un porcentaje mínimo consideró que se perdía el interés sexual por ellas, atribuido a su apariencia física, a su incomodidad o al temor a lesionar el feto. Otras causas citadas que influyen en la disminución de las relaciones sexuales en el tercer trimestre de la gestación fueron la torpeza para realizar el coito debido al aumento progresivo del vientre, o por indicación médica. ⁽⁵³⁾

Según Master y Jonhson ⁽⁵⁴⁾ dijo que la respuesta sexual durante la gestación Marca diferencias en las pautas de conducta sexual en el primer trimestre de la gestación, en unas gestantes hay disminución del interés sexual y frecuencia del coito, y en otras se produce todo lo contrario.

En el segundo trimestre el 80 % de las gestantes sintieron renovarse su sexualidad, en función tanto del deseo, como de la respuesta física. Se han reportado orgasmos en mujeres previamente anorgasmias durante la gestación, y esto viene dado porque los genitales sufren cambios anatómicos y funcionales que favorecen la relación sexual, de manera que el pene es comprimido más estrechamente que lo habitual y las contracciones rítmicas de la plataforma orgásmica son más pronunciadas.

En el tercer trimestre se observa una pronunciada caída de la frecuencia del coito, debido a incomodidad que produce la gestación avanzada.

Se reporta un aumento de la actividad sexual durante el segundo trimestre de la gestación a diferencia de lo que ocurre en el tercero, cuando se produce una considerable reducción de la actividad sexual acompañado de un aumento de la fatigabilidad y una disminución de la libido. Un porcentaje mínimo consideró que se perdía el interés sexual por ellas, atribuido a su apariencia física, a su incomodidad o al temor a lesionar el feto. Otras causas citadas que influyen en la disminución de las relaciones sexuales en el tercer trimestre de la gestación fueron la torpeza para realizar el coito debido al aumento progresivo del vientre, o por indicación médica. ⁽⁵³⁾

Según Master y Jonhson ⁽⁵⁴⁾ dijo que la respuesta sexual durante la gestación Marca diferencias en las pautas de conducta sexual en el primer trimestre de la gestación, en unas gestantes hay disminución del interés sexual y frecuencia del coito, y en otras se produce todo lo contrario.

- ✓ En el segundo trimestre el 80 % de las gestantes sintieron renovarse su sexualidad, en función tanto del deseo, como de la respuesta física. Se han reportado orgasmos en mujeres previamente anorgasmias durante la gestación, y esto viene dado porque los genitales sufren cambios anatómicos y funcionales que favorecen la relación sexual, de manera que el pene es comprimido más estrechamente que lo habitual y las contracciones rítmicas de la plataforma orgásmica son más pronunciadas.
- ✓ En el tercer trimestre se observa una pronunciada caída de la frecuencia del coito, debido a incomodidad que produce la gestación avanzada.

➤ **Teorías que sustentan el estudio**
a. **La Teoría de Acción Razonada**

El profesor Martin Fishbein ⁽⁵⁵⁾ resumió las variables subyacentes en la adopción de conductas enriquecedoras de la salud: “En general, para que una persona lleve a cabo cierta conducta, una o más de las siguientes cosas deben ser ciertas.

- ✓ La persona debe haberse formado una fuerte intención positiva (o haber adquirido un compromiso) de ejecutar tal conducta;
- ✓ No existen restricciones ambientales que imposibiliten la realización de tal conducta;
- ✓ La persona tiene las habilidades necesarias para ejecutar la conducta;
- ✓ La persona cree que las ventajas (beneficios, resultados positivos anticipados) resultantes de la ejecución de tal conducta son mayores que las desventajas (costo, resultados negativos anticipados);
- ✓ La persona percibe más presión social (normativa) para ejecutar la conducta que para no ejecutarla;
- ✓ La persona percibe que la ejecución de la conducta es más consistente que inconsistente con su auto-imagen.
- ✓ La reacción emocional de la persona hacia la ejecución de la conducta es más positiva que negativa; y
- ✓ La persona percibe que tiene la capacidad para ejecutar la conducta bajo diversas condiciones.

b. **Teorías psicoanalíticas**

La primera teoría psicológica ⁽⁵⁶⁾ sobre las diferencias sexuales fue la teoría psicoanalítica de Freud (1905-1965). Freud propuso que existe una programación constitucional de la evolución donde los individuos experimentan una secuencia invariante y necesaria de estadios en su desarrollo psicosexual (etapa oral, anal y genital), además de la elección

del objeto sexual (elección heterosexual). Concretamente, es en la etapa genital (aproximadamente entre los tres y seis años) donde, según las experiencias que el niño ha tenido a lo largo de ésta, se desarrollan las diferencias sexuales. Durante este tiempo, el complejo edípico ocupa un lugar central, ya que a través de éste el niño acabará teniendo una clara identidad masculina o femenina. Para el psicoanálisis, llegada la fase genital, el niño estaría biológicamente orientado a preferir sexualmente al progenitor del sexo opuesto, mientras tiene sentimientos ambivalentes para con el progenitor del propio sexo. Así pues, la identificación con la figura parental del mismo sexo, combinado con la resolución de la atracción edípica con el progenitor de diferente sexo, son prerequisites para una identidad sexual “normal” (Freud, 1965). Además de Freud, otros autores hicieron sus propias aportaciones a la perspectiva psicoanalítica. A pesar de las aportaciones a la teoría de Adler (1972), que trató de sustituir la fundamentación biologicista freudiana por otra de tipo más social, o de Thompson (1942) y Horney (1922), que resaltaron ciertos fenómenos sociales que privilegian, en una sociedad determinada, el hecho de ser varón sobre el de ser mujer, la teoría freudiana sufrió duras críticas acerca de la universalidad de sus postulados (Stoller, 1985). Teorías que sustentan el estudio.

c. Teorías Biológicas

La aproximación teórica biológica del género ⁽⁵⁷⁾ asume que los factores biológicos (como pueden ser los genes o las hormonas) son la base de las diferencias en la conducta de hombres y mujeres. La Teoría de la Evolución es un buen ejemplo de una aproximación biológica en la cual el principio operativo para la determinación de una conducta social es la selección natural para la transmisión de un material genético concreto (Ruble y Martin, 1998). Desde esta perspectiva, las diferencias entre mujeres y hombres en determinadas conductas, por ejemplo que los hombres tengan más interés sexual que las mujeres o la mayor implicación de las mujeres en el cuidado de los hijos, apoya que este tipo de comportamientos diferenciados fomenten la fertilidad y aseguren la

supervivencia de los hijos respectivamente (Kenrick y Luce, 2000; Lippa, 2002a) Desde esta perspectiva, la influencia de los genes potencia la presencia de hormonas como la testosterona que puede tener un fuerte impacto en la conducta (Susman, 2006). El incremento de hormonas en la pubertad significa para algunas personas la activación reproductiva y de conductas típicas de género (Lippa, 2002b; Udry, 2000). Cuando los adolescentes tienen sus cuerpos “repletos” de hormonas, muchas chicas desearían ser la mejor mujer posible y muchos chicos desearían ser los mejores hombres posibles. Así, muchos adolescentes demuestran un incremento de conductas estereotipadas de género durante este periodo. Udry (2000) nos muestra en los resultados de un estudio que los niveles de andrógenos están relacionados con el incremento de actividad sexual en los chicos adolescentes, pero no en las chicas, que son más susceptibles de ser influenciadas por el grupo de pares. A la luz de estos resultados, Udry (2000) propone un modelo integrado acerca de la conducta de género que tenga fundamentos biológicos pero que esté abierto a algunas influencias de la socialización.

d. Teorías sociales

Ciertas investigaciones, como las de Cleveland, Udry y Chantala ⁽⁵⁸⁾ muestran evidencias de la influencia del entorno en el desarrollo de diferencias de género. En su estudio, estos autores señalan que el 25% de la varianza de las embarazadas en conductas y actitudes estereotipadas de género y el 38% en las mujeres son atribuibles a influencias genéticas, pero que el restante 75% y 62% de la varianza (respectivamente para hombres y mujeres) es explicada por influencias ambientales y medidas de error. Desde esta perspectiva social, el género es entendido como una construcción social referente al conjunto de creencias compartidas dentro de una cultura sobre los atributos que poseen hombres y mujeres (Moya, 1993). A continuación, revisaremos brevemente las aportaciones que desde esta perspectiva hacen la Teoría del Aprendizaje Social, la Teoría Cognitiva Social, la Teoría de la

Identidad Social, la Teoría de la Categorización del Yo y la Teoría del Rol Social.

➤ **Actitudes**

La actitud es una organización relativamente estable de creencias, sentimientos y tendencias hacia algo o alguien. ⁽⁵⁹⁾

Una actitud es una mezcla de creencia y emociones que predisponen a una persona a responder ante otras. ⁽⁶⁰⁾

Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. ⁽⁶¹⁾

Eiser define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social. ⁽⁶²⁾

Sería un descuido sino se menciona que las actitudes pueden estar influenciadas por factores genéticos. ⁽⁶³⁾

➤ **Escala de medición de la actitud**

Para medir la actitud de las gestantes frente a los signos y síntomas de alarma del embarazo, se aplicó la encuesta valorada con la escala de Likert modificada, distribuidas según el siguiente detalle:

Afirmaciones Positivas		Afirmaciones Negativas	
Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo	5
En Desacuerdo	2	En Desacuerdo	4
Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo	3	Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo	3
En Acuerdo	4	En Acuerdo	2
Totalmente de Acuerdo	5	Totalmente de Acuerdo	1

2.3 Definición de conceptos básicos

- a. **Gestante:** estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina en el parto ⁽⁶⁴⁾
- b. **Comportamiento:** es la forma de proceder que tienen las personas u organismos ante los diferentes estímulos que reciben y en relación al entorno en el cual se desenvuelven. ⁽⁶⁶⁾
- c. **sexualidad:** La sexualidad es el conjunto de las condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan a cada sexo. El término también hace referencia al apetito sexual (como una propensión al placer carnal) y al conjunto de los fenómenos emocionales y conductuales vinculados al sexo. ⁽⁶⁷⁾

2.4 Hipótesis

H_a: Existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes trimestres del embarazo sobre. El comportamiento sexual de la gestante del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016 es de forma positiva.

H_o: No existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes trimestres del embarazo sobre. El comportamiento sexual de la gestante del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016 es de forma negativa.

2.5 Variables

➤ **Variable independiente**

Gestantes

➤ **Variable dependiente**

Comportamiento sexual

2.6 Indicadores

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable Independiente: Gestantes	Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.	Características socio demográficas	Edad	En años	Cuantitativa	De razón discreta
			Grado de instrucción	- Analfabeta - Primaria - Secundaria - superior técnica - superior universitario	Cualitativa	Nominal politómica
			Estado civil	- Soltera - Casada - Conviviente - divorciada	Cualitativa	Nominal politómica
			Religión	- católico - Evangélico - No creyente - Especifique	Cualitativa	Nomina politómica
			Lugar de procedencia	- Rural - Urbano	Cualitativa	Nominal dicotómica
			Tiempo de embarazo	En meses	Cuantitativo	De razón discreta
				Edad de inicio sexual	números	Cuantitativo
			Embarazo planificado	Si/no	cuantitativo	Nominal dicotómica
			Gestación y paridad	números	cuantitativa	De razón discreta

		Características obstétricas	Edad gestacional	En semanas	cuantitativo	
			Enfermedad	ninguna	cuantitativo	De razón discreta
Variable Dependiente: Comportamiento sexual	El comportamiento es la manera en la cual se porta o actúa un individuo	Comportamiento sexual de la gestante	Comportamiento sexual según trimestre de gestación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. En acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	cuantitativo	Nominal
			Comportamiento sexual frente a los cambios propios del embarazo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4. En acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo. 	cuantitativo	Nominal

CAPITULO III

MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación

- Según el nivel de investigación es Descriptivo
- Según el tiempo de estudio es prospectivo
- Según la cantidad de medición de las variables es Transversal

3.1.1 Enfoque

El estudio descriptivo busco especificar las propiedades, características y los perfiles de las mujeres gestantes o cualquier fenómeno que se sustenta en un análisis. Es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para describir lo que se investiga. Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números (cantidades) y se deben analizar a través de métodos estadísticos. Dicho de otra manera, las mediciones se transforman en valores numéricos (Datos cuantificables) que se analizan por medio de la estadística.

3.1.2 Alcance a nivel Nacional.

El nivel de la investigación es DESCRIPTIVO dónde se describe intencionalmente la variable independiente (Gestantes) para ver su incidencia en la variable dependiente (Comportamiento sexual). Este tipo de estudio nos permite conocer cuál es el Comportamiento Sexual de la Gestante del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano durante el año 2016.

3.1.3 Diseño

La investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, es decir es una investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes, lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal cual, y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. De hecho, no hay condiciones o estímulos los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad. Los diseños no experimentales transaccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede; por otro lado, los diseños no experimentales – transaccional de tipo correlaciona-causal son diseños que describen relaciones entre dos o más variables en un momento determinado mediante el siguiente esquema:

DONDE:

M₁: Mujeres Gestantes.

O₂: comportamiento sexual.

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población:

Todas las gestantes que acuden al consultorio de materno a sus Atenciones Prenatales del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano durante el año 2016 y cumpla con los criterios de inclusión y fueron 171 gestantes.

3.2.2. Muestra:

El tamaño de la muestra se halló mediante fórmula estadística a partir del presente estudio que fue aplicadas en mujeres gestantes que acuden a realizar sus atenciones prenatales en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano durante el año 2016.

$$n = \frac{N \cdot Z^2_{\alpha} \cdot P \cdot Q}{e^2 (N - 1) + Z^2_{\alpha} P \cdot Q}$$

DONDE :

N : Tamaño de muestra que queremos calcular

N : Tamaño del universo

Z α = 2 = 1.96 (Nivel de confianza 95%)

e : Margen de error (en este caso es 5% = 0.05)

P : Probabilidad de éxito (0.5)

Q : probabilidad de fracaso (0.5)

Reemplazando:

$$N = \frac{130 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 (130 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

Por lo tanto, para la muestra de este estudio serán 97 gestantes.

3.2.3. Tipo de muestreo

Muestreo de tipo probabilístico aleatorio simple, pues todos los participantes tienen la misma probabilidad de ser elegidos para ser parte de la muestra.

3.2.4. Marco Muestral

El universo poblacional estará conformado por gestantes que acuden en el servicio de control prenatal del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano registrados y captados en las visitas al consultorio de Materno Perinatal.

3.3. Técnica de Recolección de datos

La técnica que se utilizó en el presente estudio fue la entrevista, por lo cual se manejó como instrumento un cuestionario. Que se empleó con la finalidad de recolectar la información específica acerca del comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo así lograr los objetivos previamente establecidos.

3.3.1. Instrumento.

a. Guía de entrevista de las características generales de gestantes en estudio. (Anexo 01).

Este instrumento está dirigido a las parejas de las gestantes atendidas en Hospital Regional para sus atenciones prenatal con la finalidad de conocer las características socio demográficas. Y contiene un total de 07 preguntas. (Anexo 01).

b. Cuestionario sobre el comportamiento sexual de la gestante según el trimestre de gestación (Anexo 1)

El cuestionario es estructurado para identificar el comportamiento sexual de la gestante según trimestre de gestación, conformado por 10 preguntas abiertas, para el cual se usó una escala de Likert de cinco, con las categorías: “totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “totalmente en desacuerdo”, a estas

categorías se le asignaron puntajes por cada ítem (1, 2, 3, 4, 5 puntos). Sin embargo, las preguntas fueron clasificadas según enunciados positivos y negativos sobre el tema de actitudes sexuales.

Preguntas con enunciados positivos: Pregunta: 1, 2, 3, 4, 5. Las opciones de respuesta tuvieron el siguiente puntaje “totalmente de acuerdo = 5, “en acuerdo” = 4, “ni de acuerdo ni en desacuerdo” = 3, “en desacuerdo” = 2, “totalmente en desacuerdo” = 1.

Preguntas con enunciados negativos: Pregunta: 6, 7, 8, 9, 10. Las opciones de respuesta tuvieron el siguiente puntaje “totalmente de acuerdo = 1, “en acuerdo” = 2, “ni de acuerdo ni en desacuerdo” = 3, “en desacuerdo” = 4, “totalmente en desacuerdo” = 5.

Obteniéndose como resultado final

Favorable: 40 – 50 Puntos

Indiferente: 25 – 39 Puntos

Desfavorable: 10 – 24 Puntos

Cuestionario de comportamiento sexual según cambios propios del embarazo.

El cuestionario estructurado conformado por 7 preguntas cerradas, para el cual se utilizó una escala de Likert de cinco, con las categorías: “totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “totalmente en desacuerdo”, a estas categorías se le asignaron puntajes por cada ítem (1, 2, 3, 4, 5 puntos). las preguntas fueron clasificadas solo en enunciados positivos sobre el tema de actitudes sexuales.

Preguntas con enunciados positivos: Pregunta: 1, 3, 4, 5. Las opciones de respuesta tuvieron el siguiente puntaje: “totalmente de

acuerdo" =5, "de acuerdo" = 4, "ni de acuerdo ni en desacuerdo" = 3, "en desacuerdo" = 2, "totalmente en desacuerdo" = 1.

Preguntas con enunciados negativos: Pregunta: 2, 6, 7. Las opciones de respuesta tuvieron el siguiente puntaje: "totalmente de acuerdo" =5, "de acuerdo" = 4, "ni de acuerdo ni en desacuerdo" = 3, "en desacuerdo" = 2, "totalmente en desacuerdo" = 1.

Obteniéndose como resultado final

Favorable: 30 – 35 Puntos

Indiferente: 18 – 29 Puntos

Desfavorable: 10 – 17 Puntos

Valides y confiabilidad de instrumento

Proceso de validación cualitativa

El ítem del instrumento fue evaluado según relevancia, coherencia, suficiencia y claridad por siete expertos interdisciplinarios y de manera independiente

Validación de constructor

Para la validación se tuvo en cuenta la varianza y coeficiencia del instrumento, y solo se aplicará los instrumentos que tienen por contenido el cuestionario.

Fiabilidad

Para la validación del contenido de los instrumentos que son cuestionario de conocimientos y prácticas se usó el coeficiente alfa de cron Bach. Para la cual se tomarán valores entre cero y uno, donde cero significa confiabilidad nula y uno representa confiabilidad total. Para el

instrumento de escala que se va a medir actitud se usara la prueba kuder-richardson(kr-20)

Aplicación de los instrumentos

Una vez aprobado el proyecto de investigación, obtenido un instrumento válido y confiable, y de acuerdo al cronograma de actividades, se procederá a la recolección de datos, teniendo en cuenta el flujograma de recolección de la información, plasmados en el plan de trabajo.

Procedimiento y recolección de datos

Solicitud

Para el estudio se ejecutó una solicitud para la autorización del instrumento en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.

Elaboración de datos

Se realizo a la revisión de los datos para comprobar que está completa y que no haya contradicciones internas, así mismo se procesó los datos en forma manual. Para poder facilitar el cálculo de datos de la tabulación se realizó en tablas, de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteadas. Luego se presentaron los resultados por medio de tablas y gráficos.

3.3.2. Para la presentación de datos (cuadros y/o gráficos)

- **Revisión de los datos.** Se exploró en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos.** Se ejecuto la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- **Clasificación de los datos.** Se elaboro de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.

- **Presentación de datos.** Se exhibió los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos (Análisis descriptivo).

Se uso un análisis descriptivo de interés en la posición y dispersión de la medida de los datos, de acuerdo a la necesidad del estudio.

Análisis inferencial. Para demostrar la relación de las hipótesis del presente estudio, se realizó un análisis bivariado a través de la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado de Pearson. En la significancia estadística de las pruebas se considerará el valor $p \leq$ de 0,05. Y para el procesamiento de los datos se realizó el paquete estadístico SPSS versión 19 para Windows,

Criterios de investigación

Inclusión:

- Gestante que realizo sus controles prenatales.
- Gestante del primero, segundo y tercer trimestre.
- Gestante mayor de 18 años.
- Gestante con actividad sexual.
- Gestante con pareja sexual estable.
- Gestante que haya culminado la encuesta o la llene con claridad.

Exclusión:

- Gestante que no desee participar del estudio.
- Gestante con diagnóstico de placenta previa.
- Gestante con embarazo gemelar.
- Gestante con amenaza de aborto.

CAPITULO IV

RESULTADOS

1. Procesamiento de datos (cuadros estadísticos con sus respectivos análisis e interpretación).

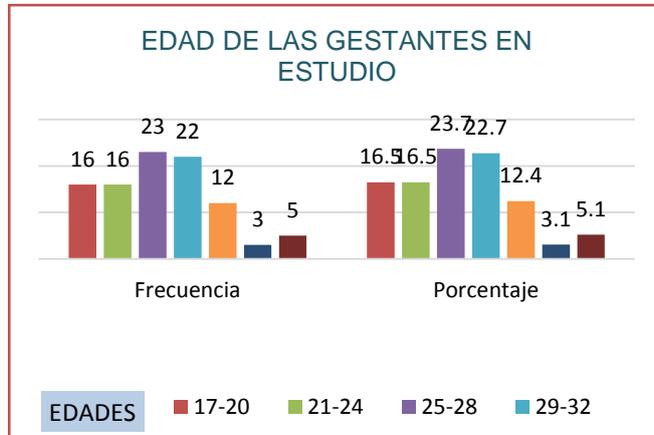
Análisis Descriptivo

Resultado de las Características Sociodemográficas de la Muestra en el estudio realizado.

Tabla N° 01. Edad en Años de las mujeres Gestantes que acudieron al consultorio de Materno del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco – 2016.

Edades de las gestantes en estudio	Frecuencia	Porcentaje (%)
17 – 20	16	16.5
21 – 24	16	16.5
25 – 28	23	23.7
29 – 32	22	22.7
33 – 36	12	12.4
37 – 40	3	3.1
41- 44	5	5.1
Total	97	100.0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 01.

Fuente: cuestionario (anexo 01).

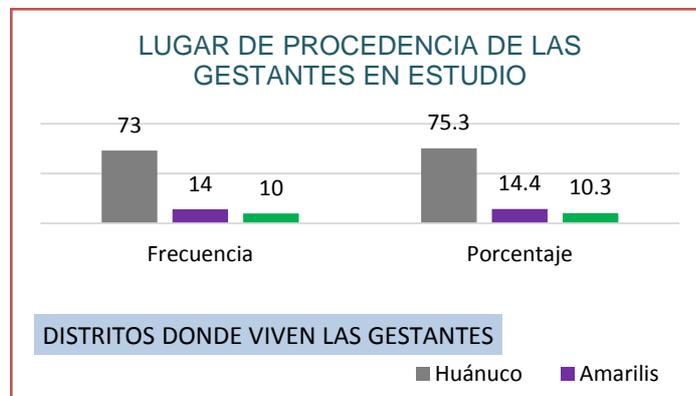
En cuanto a la edad en años de las gestantes en el estudio se determinó que el 16.5% tienen entre 17 y 24 años de edad, el 23.7% entre 25 y 28 años de edad, el 22.7% tienen entre 29 y 32 años de edad, el 12.4% tienen entre 33 y 36 años de edad, el 3.1% tienen entre 37 y 40 años de edad y el 5.1% de las gestantes tienen entre 41 y 44 años de edad.

Tabla N° 02. Lugar de Procedencia de las de las mujeres Gestantes que acudieron al consultorio de materno del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco - 2016

Distrito donde viven las gestantes	Frecuencia	Porcentaje (%)
Huánuco	73	75.3
Amarilis	14	14.4
Pillco Marca	10	10.3
Total	97	100.0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 02.



Fuente: cuestionario (anexo 01).

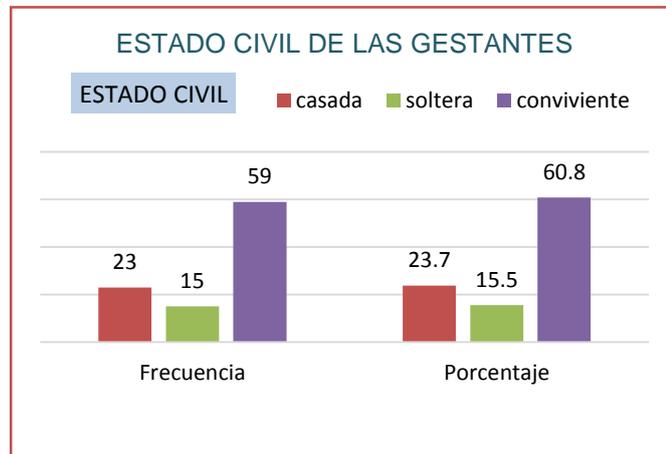
Con respecto al lugar de procedencia de las gestantes en estudio del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco se encontró que un 75.3% de las gestantes en estudio que proceden del distrito de Huánuco, un 14.4% provienen del distrito de amarilis y un 10.3% provienen del distrito de Pillco Marca.

Tabla 03. Estado Civil de las mujeres gestantes que acudieron al consultorio de materno del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco - 2016.

Estado civil de las gestantes	Frecuencia	Porcentaje (%)
Casada	23	23.7
Soltera	15	15.5
Conviviente	59	60.8
Total	97	100.0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 03



Fuente: cuestionario (anexo 01).

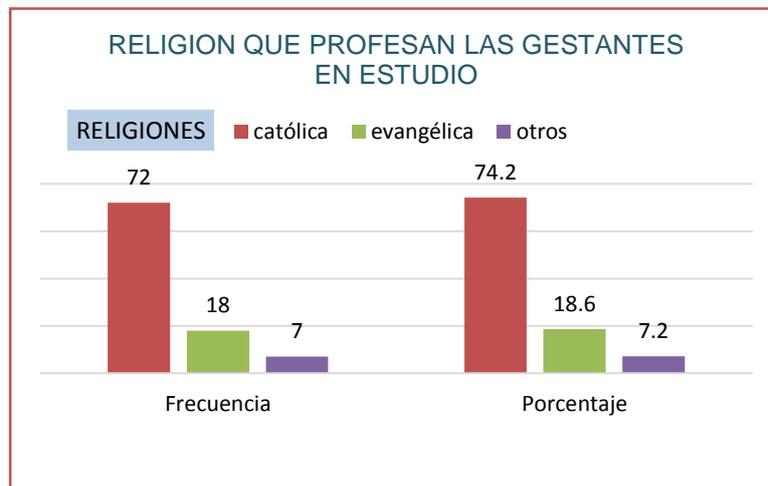
De acuerdo a la encuesta realizada sobre el estado civil de las Gestantes en estudio, se obtuvo que el 23.7% de las gestantes son casadas, el 15.5% son solteras y el 60.8% de las gestantes conviven con su pareja.

Tabla N° 04. Religión de las mujeres Gestantes que acudieron al consultorio de materno del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco - 2016.

Religión que profesan las gestantes	Frecuencia	Porcentaje (%)
Católico	72	74,2
Evangélica	18	18,6
Otros	7	7,2
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 04.



Fuente: cuestionario (anexo 01).

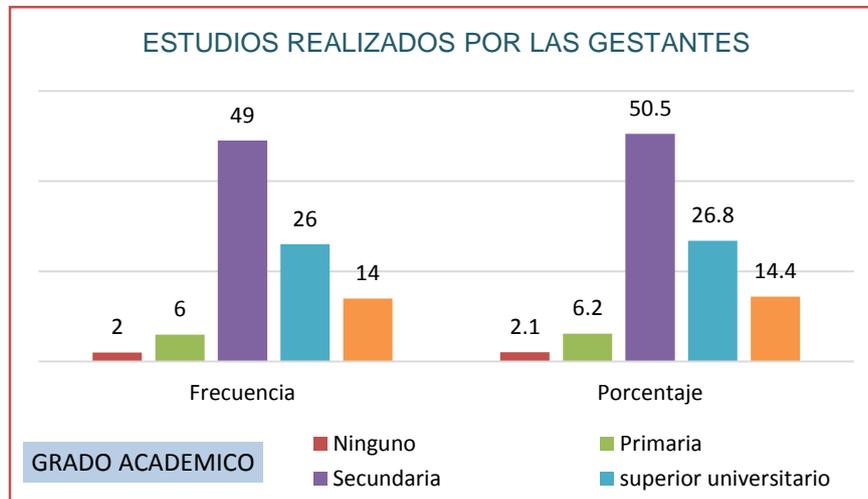
De acuerdo a la encuesta realizada a las gestantes en estudio con respecto a la religión que profesan se determinó que el 74.2% son católicas, el 18.6% son evangélicas y el 7.2 % de las gestantes en estudio profesan otra religión.

Tabla N° 05. Grado de instrucción de la mujer Gestantes que acudieron al consultorio de Materno del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano Huánuco - 2016.

Estudios realizados	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguno	2	2.1
Primaria	6	6.2
Secundaria	49	50.5
Superior Universitaria	26	26.8
Superior no Universitario	14	14.4
Total	97	100.0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 05.



Fuente: cuestionario (anexo 01).

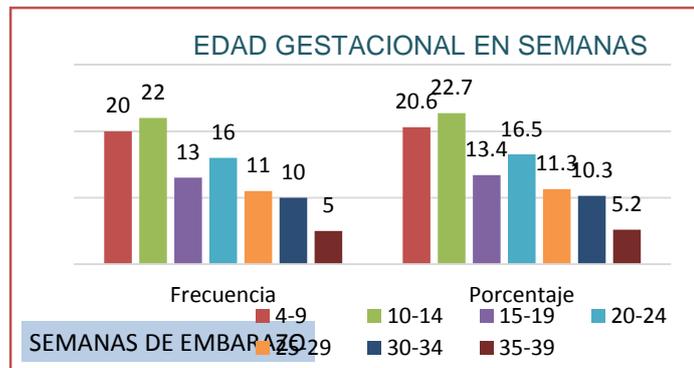
Respecto a los estudios realizados por las Gestantes en estudio del Hospital Regional Hermilio Valdizán, se obtuvo que el 2.1% de las gestantes en estudio no realizaron ningún tipo de estudio, el 6.2% terminaron la primaria, el 50.5% terminaron la secundaria, el 26.8 realizaron estudios superiores universitarios y el 14.4% de las Gestantes en estudio realizaron estudios superiores no universitarios.

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES EN ESTUDIO.

Tabla N° 06. Edad gestacional de la mujer gestante que acudieron al consultorio de Materno del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano Huánuco - 2016.

Edad gestacional en semanas de las gestantes	Frecuencia	Porcentaje (%)
4 – 9	20	20.6
10 – 14	22	22.7
15 – 19	13	13.4
20 – 24	16	16.5
25 – 29	11	11.3
30 – 34	10	10.3
35 – 39	5	5.2
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.



Fuente: cuestionario (anexo 01).

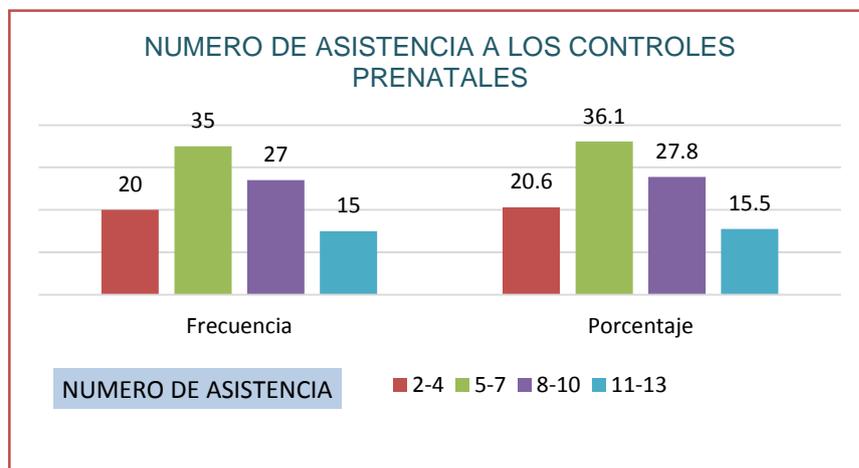
En cuanto a las semanas de embarazo de las gestantes en estudio del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco se determinó que el 20.6% de las gestantes en estudio tienen entre 4 y 9 semanas de embarazo, el 22.7% tienen entre 10 y 14 semanas de embarazo, el 13.4% tienen entre 15 y 19 semanas de embarazo, el 16.5% tienen entre 20 y 24 semanas de embarazo, el 11.3% tienen entre 25 y 29 semanas de embarazo, el 10.3% tienen entre 30 y 34 semanas de embarazo y el 5.2% de las gestantes en estudio tienen entre 35 y 39 semanas de embarazo.

Tabla N° 07. Número de veces que asistieron las gestantes a sus Atenciones Prenatales, Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

Número de veces que asistieron a las atenciones prenatales	Frecuencia	Porcentaje (%)
2 – 4	20	20.6
5 – 7	35	36.1
8 – 10	27	27.8
11 – 13	15	15.5
Total	97	100.0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 07.



Fuente: cuestionario (anexo 01).

En cuanto a la asistencia de sus respectivos Atenciones Prenatales de las Gestantes en estudio se determinó que el 20.6% de las gestantes asistieron entre 2 a 4 atenciones prenatales, el 36.1% asistieron entre 5 y 7 Atenciones Prenatales, el 27.8% de las Gestantes asistieron entre 8 a 10 Atenciones Prenatales y el 15.5% de las Gestantes en estudio asistieron de 11 a 13 Atenciones Prenatales.

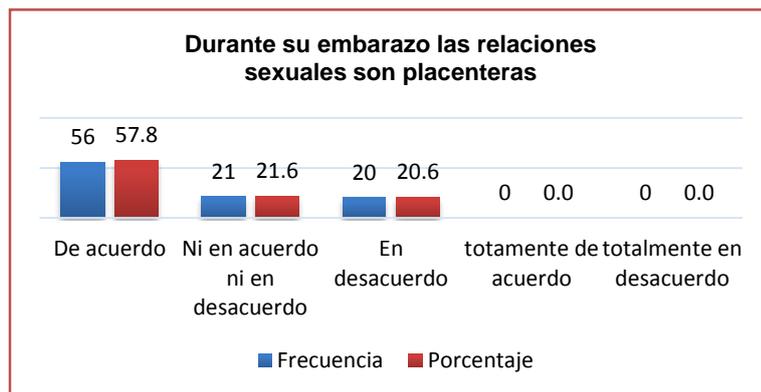
ANÁLISIS ESTADÍSTICO A CADA PREGUNTA REALIZADA

Pregunta N° 01. DURANTE SU EMBARAZO LAS RELACIONES SEXUALES SON PLACENTERAS.

Durante su embarazo las relaciones sexuales son placenteras.	Frecuencia	Porcentaje (%)
De acuerdo	56	57,8
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	21	21,6
En desacuerdo	20	20,6
Totalmente de acuerdo	0	0
Totalmente en desacuerdo	0	0
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 01

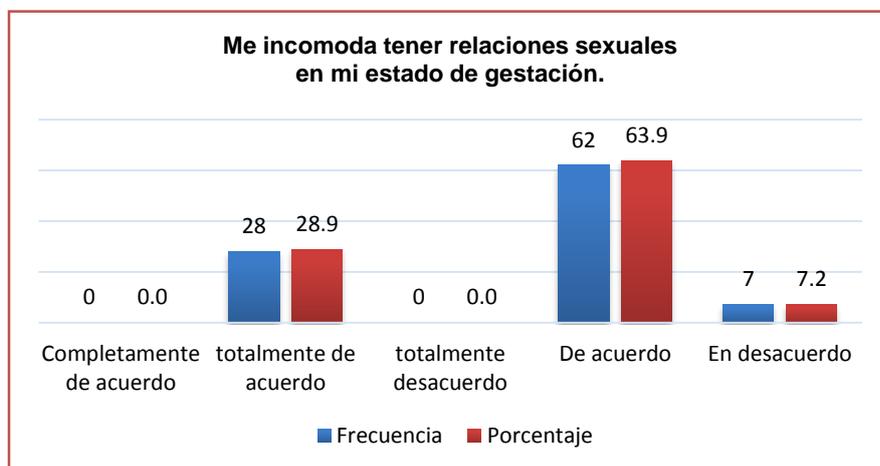


Respecto a las relaciones sexuales de las gestantes si son placenteras o no, durante la gestación se determinó que el 57.8% de las gestantes están de acuerdo, el 21.6% de las gestantes estén ni en acuerdo ni en desacuerdo, el 20.6% de las gestantes están en desacuerdo.

Pregunta N° 02. ME INCOMODA TENER RELACIONES SEXUALES EN MI ESTADO DE GESTACIÓN.

Me incomoda tener relaciones sexuales en mi estado de gestación.	Frecuencia.	Porcentaje (%)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0
De acuerdo.	62	63,9
En desacuerdo	7	7,2
Totalmente de acuerdo	28	28.9
Totalmente en desacuerdo	0	0
Total.	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.



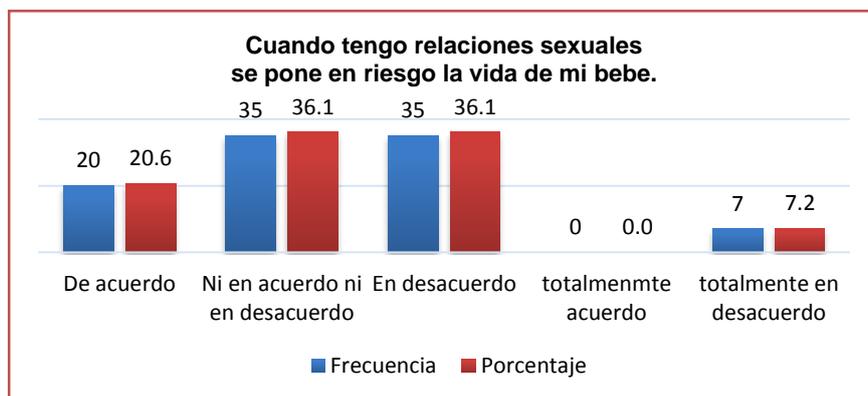
Al respecto sobre la incomodidad al tener relaciones sexuales la gestante se determinó que el 28.9% de las gestantes están totalmente de acuerdo, el 63.9% están de acuerdo y el 7.2% de las gestantes está en desacuerdo.

Pregunta N° 03. CUANDO TENGO RELACIONES SEXUALES SE PONE EN RIESGO LA VIDA DE MI BEBE.

Cuando tengo relaciones sexuales se pone en riesgo la vida de mi bebe.	Frecuencia	Porcentaje (%)
De acuerdo	20	20,6
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	35	36,1
En desacuerdo	35	36,1
totalmente en desacuerdo	7	7,2
Totalmente en acuerdo	0	0
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 03.



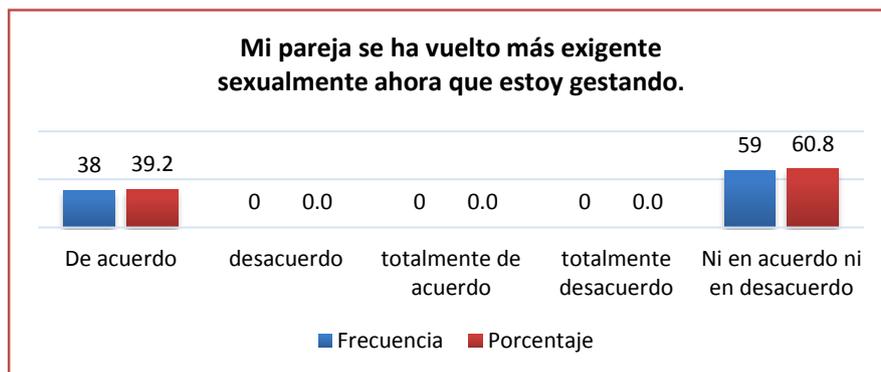
En cuanto a las relaciones sexuales si ponen o no en riesgo la vida del bebe de la gestante se determinó que el 20.6% de las gestantes están de acuerdo, el 36.1 de las gestantes están ni en acuerdo ni en desacuerdo, el 36.1% de las gestantes están en desacuerdo y el 7.2% de las gestantes están completamente en desacuerdo.

Pregunta N° 04: MI PAREJA SE HA VUELTO MÁS EXIGENTE SEXUALMENTE AHORA QUE ESTOY GESTANDO.

Mi pareja se ha vuelto más exigente sexualmente ahora que estoy gestando.	frecuencia	porcentaje (%)
De acuerdo	38	39,2
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	59	60,8
desacuerdo	0	0
Totalmente de acuerdo	0	0
Totalmente desacuerdo	0	0
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 04.



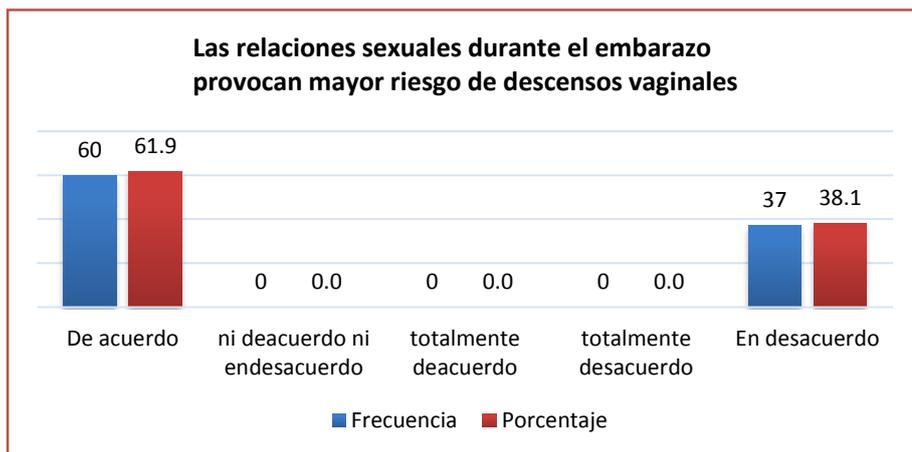
Respecto a la exigencia sexual de la pareja hacia la mujer gestante se ha determinado que el 39.2% de las gestantes están de acuerdo y el 60.8% de las gestantes están ni en acuerdo ni en desacuerdo.

Pregunta N° 05: LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO PROVOCAN MAYOR RIESGO DE DESCENSO VAGINAL.

Las relaciones sexuales durante el embarazo provocan mayor riesgo de descenso vaginal.		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
De acuerdo	60	61,9
En desacuerdo	37	38,1
Ni acuerdo ni en desacuerdo	0	0
Totalmente de acuerdo	0	0
Totalmente desacuerdo	0	0
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 05.



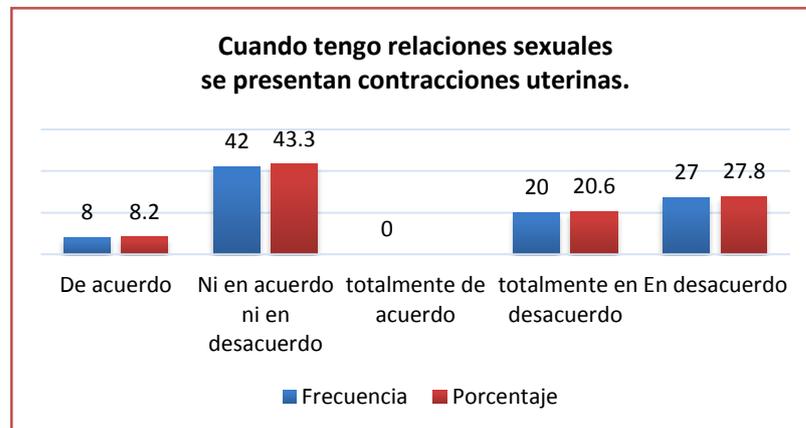
En cuanto a las relaciones sexuales durante el embarazo si van a provocar mayor riesgo de descenso vaginal se determinó que el 61.9% de las gestantes están de acuerdo y el 38.1% de las gestantes están en desacuerdo.

Pregunta N° 06: CUANDO TENGO RELACIONES SEXUALES SE PRESENTAN CONTRACCIONES UTERINAS.

Quando tengo relaciones sexuales se presentan contracciones uterinas.	Frecuencia	Porcentaje (%)
De acuerdo	8	8.2
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	42	43.3
En desacuerdo	27	27.8
Totalmente en desacuerdo	20	20.6
Totalmente de acuerdo	0	0
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 06



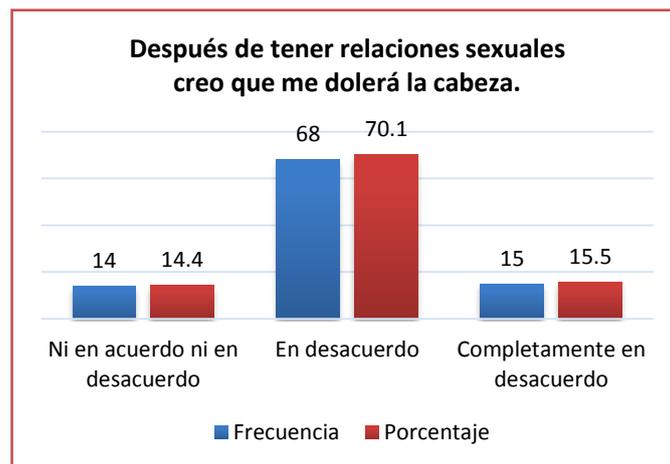
Respecto cuando se tiene relaciones sexuales se presentan contracciones uterinas se llegó a determinar que el 8.2% de las gestantes están de acuerdo, el 43.3% de las gestantes están ni en acuerdo ni en desacuerdo y el 27.8% de las gestantes están en desacuerdo y el 20.6% están totalmente en desacuerdo.

Pregunta N° 07: DESPUÉS DE TENER RELACIONES SEXUALES CREO QUE ME DOLERÁ LA CABEZA.

Después de tener relaciones sexuales creo que me dolerá la cabeza.	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	14	14,4
Desacuerdo	68	70,1
De acuerdo	0	0
Totalmente de acuerdo	0	0
Totalmente desacuerdo	15	15,5
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 07.



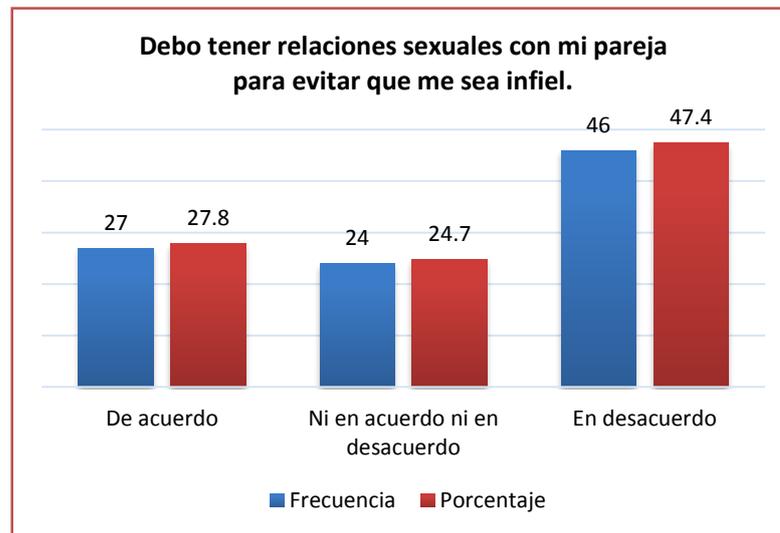
Respecto si después de tener relaciones sexuales me dolerá la cabeza se determinó que el 14.4% de las gestantes están ni en acuerdo ni en desacuerdo, el 70.1% de las gestantes están en desacuerdo y el 15.5% de las gestantes están completamente en desacuerdo.

Pregunta N° 08: DEBO TENER RELACIONES SEXUALES CON MI PAREJA PARA EVITAR QUE ME SEA INFIEL

Debo tener relaciones sexuales con mi pareja para evitar que me sea infiel	Frecuencia	Porcentaje (%)
De acuerdo	27	27,8
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	24	24,7
Desacuerdo	46	47,4
Totalmente de acuerdo	0	0
Totalmente desacuerdo	0	0
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 08.



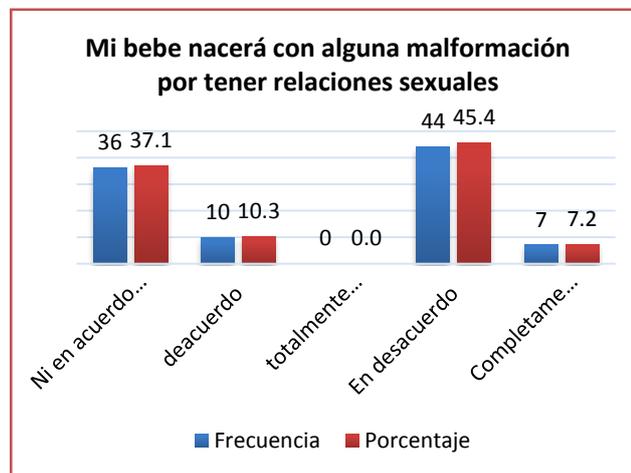
Respecto si debo tener relaciones sexuales con mi pareja para evitar que me sea infiel se determinó que el 27.8% de las gestantes están de acuerdo, el 24.7% están ni en acuerdo ni en desacuerdo y el 47.4% de las gestantes están en desacuerdo.

Pregunta N° 9: MI BEBE NACERÁ CON ALGUNA MALFORMACIÓN POR TENER RELACIONES SEXUALES.

Mi bebe nacerá con alguna malformación por tener relaciones sexuales.	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	36	37,1
En desacuerdo	44	45.4
totalmente en desacuerdo	7	7,2
De acuerdo	10	10.3
Totalmente de acuerdo	0	0
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 09.



Respecto si su bebe nacerá con algunas malformaciones por tener relaciones sexuales se logró determinar que el 37.1% de las gestantes están ni en acuerdo ni en desacuerdo, el 45.4% de las gestantes están en desacuerdo y el 10.3% de las gestantes están completamente en de acuerdo así mismo el 7.2% totalmente en desacuerdo.

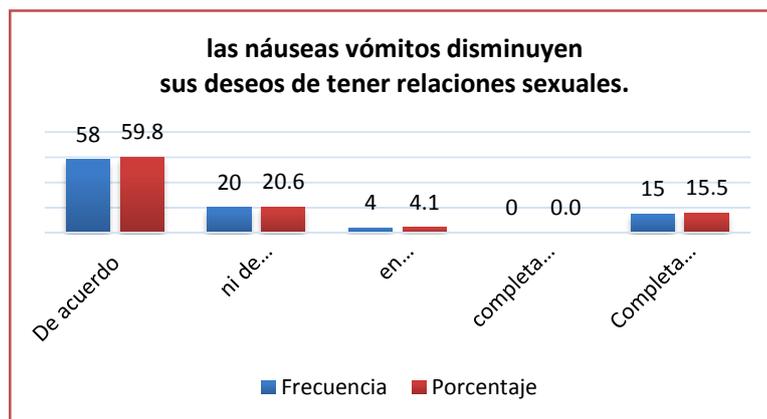
II. COMPORTAMIENTO SEXUAL FRENTE A LOS CAMBIOS PROPIOS DEL EMBARAZO

Pregunta N° 01: LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS DISMINUYEN SUS DESEOS DE TENER RELACIONES SEXUALES.

LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS DISMINUYEN SUS DESEOS DE TENER RELACIONES SEXUALES	Frecuencia	Porcentaje (%)
De acuerdo	58	59.8
Completamente de acuerdo	15	15.5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20	20.6
En desacuerdo	4	4.1
Completamente en desacuerdo	0	0
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 01



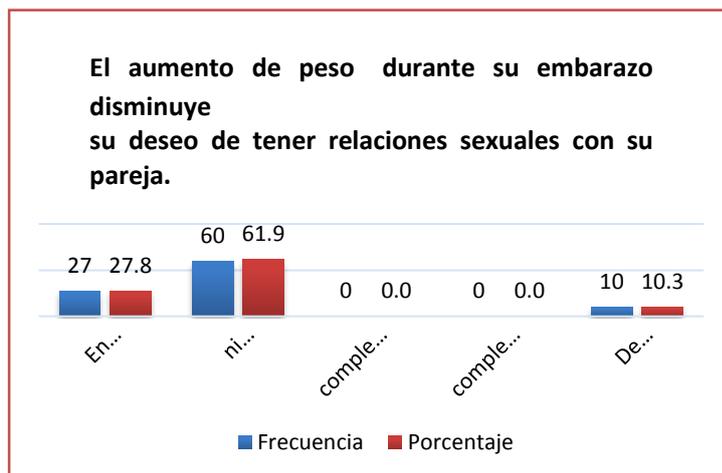
Respecto a las náuseas y vómitos si disminuyeron sus deseos de tener relaciones sexuales se determinó que el 59.8% de las gestantes están de acuerdo, el 20.6% de las gestantes están ni en acuerdo ni en desacuerdo, el 4.1% de las gestantes están en desacuerdo y el 15.5% de las gestantes están en completamente de acuerdo.

Pregunta N° 02: EL AUMENTO DE PESO DURANTE SU EMBARAZO DISMINUYE SU DESEO DE TENER RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA.

El aumento de peso durante su embarazo disminuye su deseo de tener relaciones sexuales con su pareja.	frecuencia	Porcentaje (%)
En desacuerdo	27	27.8
De acuerdo	10	10.3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	60	61.9
Completamente de acuerdo	0	0
Completamente en desacuerdo	0	0
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 02.



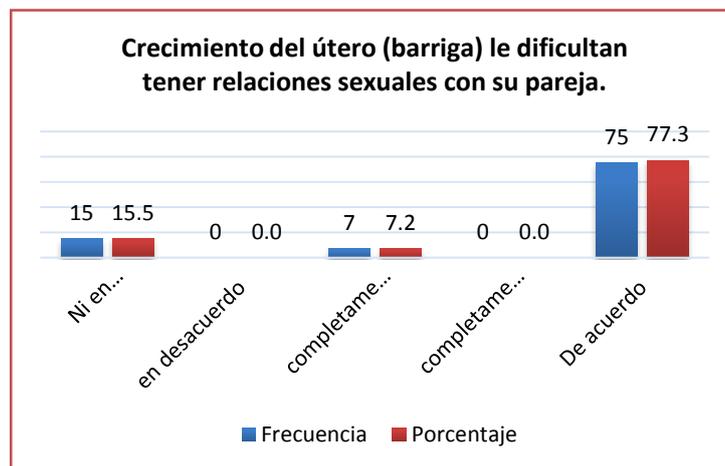
Respecto al aumento de peso durante el embarazo disminuye el deseo de tener relaciones sexuales con su pareja se determinó que el 61.9% de las gestantes están en ni acuerdo ni en desacuerdo y el 27.8% de las gestantes están en desacuerdo y el 10.3 están de acuerdo.

Pregunta N° 03: EL CRECIMIENTO DEL ÚTERO (BARRIGA) LE DIFICULTAN TENER RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA.

El crecimiento del útero (barriga) le dificultan tener relaciones sexuales con su pareja.	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	15	15.5
De acuerdo	75	77.3
En desacuerdo	0	0
Completamente de acuerdo	7	7.2
Completamente en desacuerdo	0	0
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N°03



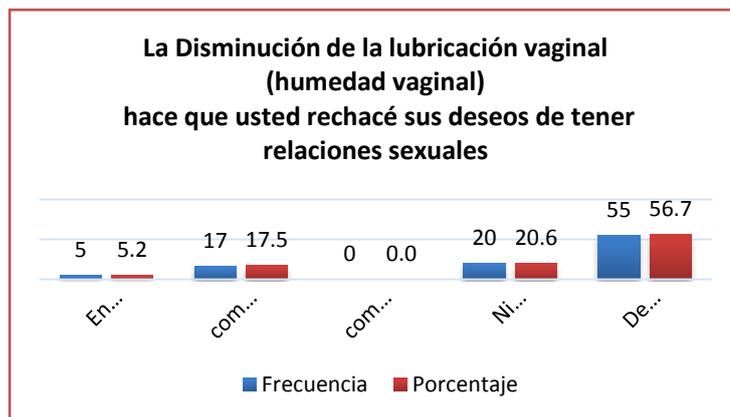
Con respecto al crecimiento del útero si va a dificultar al tener relaciones sexuales con su pareja se determinó que el 77.3% de las gestantes de acuerdo y el 15.5 % de las gestantes están ni en acuerdo ni en desacuerdo asimos el 7.2 están completamente de acuerdo.

Pregunta N° 04: LA DISMINUCIÓN DE LA LUBRICACIÓN VAGINAL (HUMEDAD VAGINAL) HACE QUE USTED RECHACE SUS DESEOS DE TENER RELACIONES SEXUALES.

La disminución de la lubricación vaginal (humedad vaginal) hace que usted rechace sus deseos de tener relaciones sexuales.	Frecuencia	Porcentaje (%)
En desacuerdo	5	5.2
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	20	20.6
De acuerdo	55	56.7
Completamente de acuerdo	17	17.5
Completamente en desacuerdo	0	0
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 04.



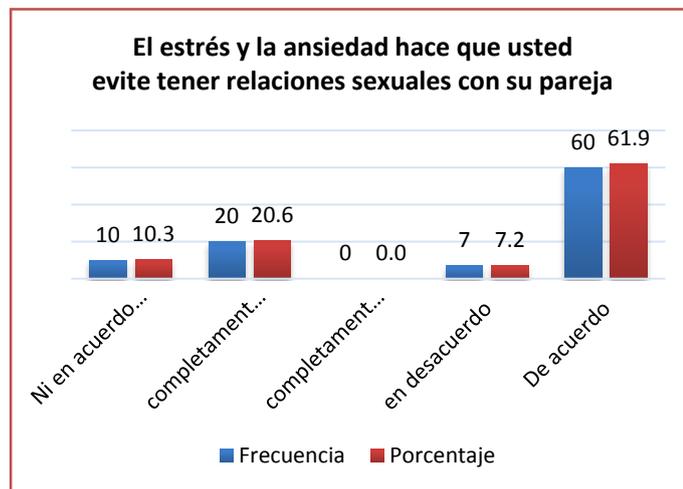
Respecto a la lubricación vaginal hace que rechace los deseos de tener relaciones sexuales se determinó que el 56.7% de las gestantes están de acuerdo, el 20.6% de las gestantes están ni en acuerdo ni en desacuerdo, el 17.5% de las gestantes están completamente de acuerdo y el 5.2% de las gestantes están en desacuerdo.

Pregunta N° 05: EL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD HACE QUE USTED EVITE TENER RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA.

El estrés y la ansiedad hace que usted evite tener relaciones sexuales con su pareja.	frecuencia	Porcentaje (%)
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	10	10.3
De acuerdo	60	61.9
En desacuerdo	7	7.2
Completamente de acuerdo	20	20.6
Completamente en desacuerdo	0	0
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 05.



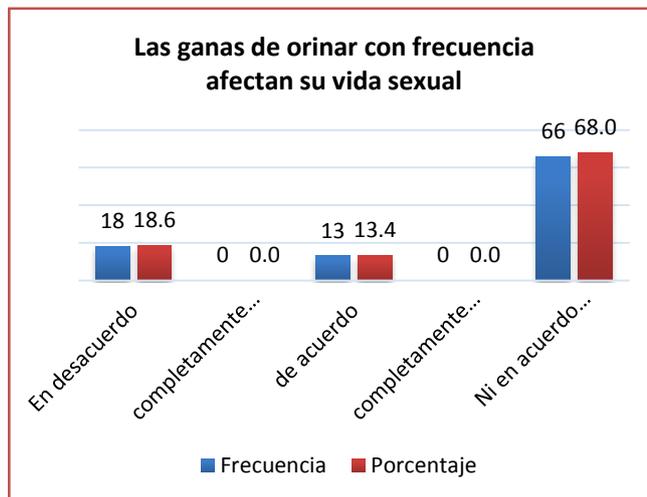
En cuanto al estrés y a la ansiedad hace que se evite tener relaciones sexuales con su pareja se determinó que el 61.9% de las gestantes están de acuerdo y el 20.6% de las gestantes están completamente de acuerdo también el 10.3% de las gestantes esta ni en acuerdo ni desacuerdo y el 7.2 están en desacuerdo.

Pregunta N° 06: LAS GANAS DE ORINAR CON FRECUENCIA AFECTAN SU VIDA SEXUAL.

Las ganas de orinar con frecuencia afectan su vida sexual.	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	18	18.6
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	66	68.0
De acuerdo	13	13.4
Completamente de acuerdo	0	0
Completamente en desacuerdo	0	0
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.

GRAFICO N° 06

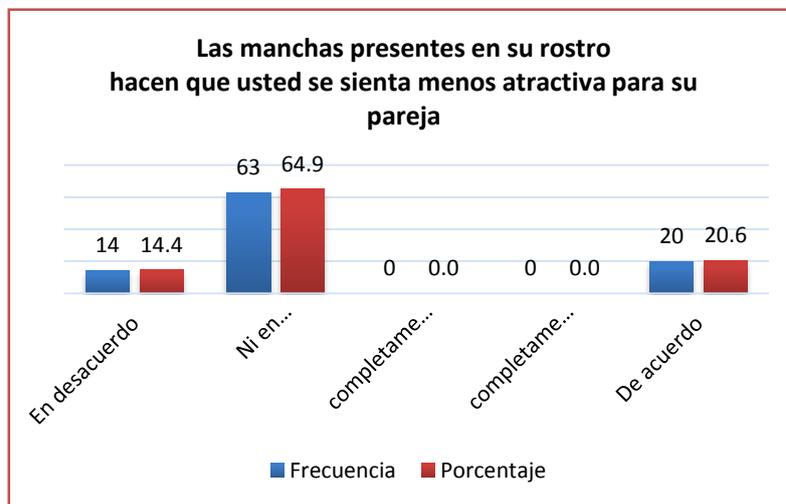


Respecto a las ganas de orinar con frecuencia afectan su vida sexual se determinó que el 68% de las gestantes están ni en acuerdo ni en desacuerdo, el 18.6% están en desacuerdo y 13.4 de las gestantes están de acuerdo.

Pregunta N° 07: LAS MANCHAS PRESENTES EN SU ROSTRO HACEN QUE USTED SE SIENTA MENOS ATRACTIVA PARA SU PAREJA.

Las manchas presentes en su rostro hacen que usted se sienta menos atractiva para su pareja.		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
En desacuerdo	14	14.4
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	63	64.9
De acuerdo	20	20.6
Completamente de acuerdo	0	0
Completamente en desacuerdo	0	0
Total	97	100,0

Fuente elaborado por el propio tesista realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2016.



Respecto a las manchas presentes en su rostro hacen que usted se sienta menos atractiva para su pareja se determinó que el 64.9% de las gestantes están ni en acuerdo ni en desacuerdo, también el 20.6% de las gestantes están de acuerdo y el 14.4% de las gestantes están en desacuerdo.

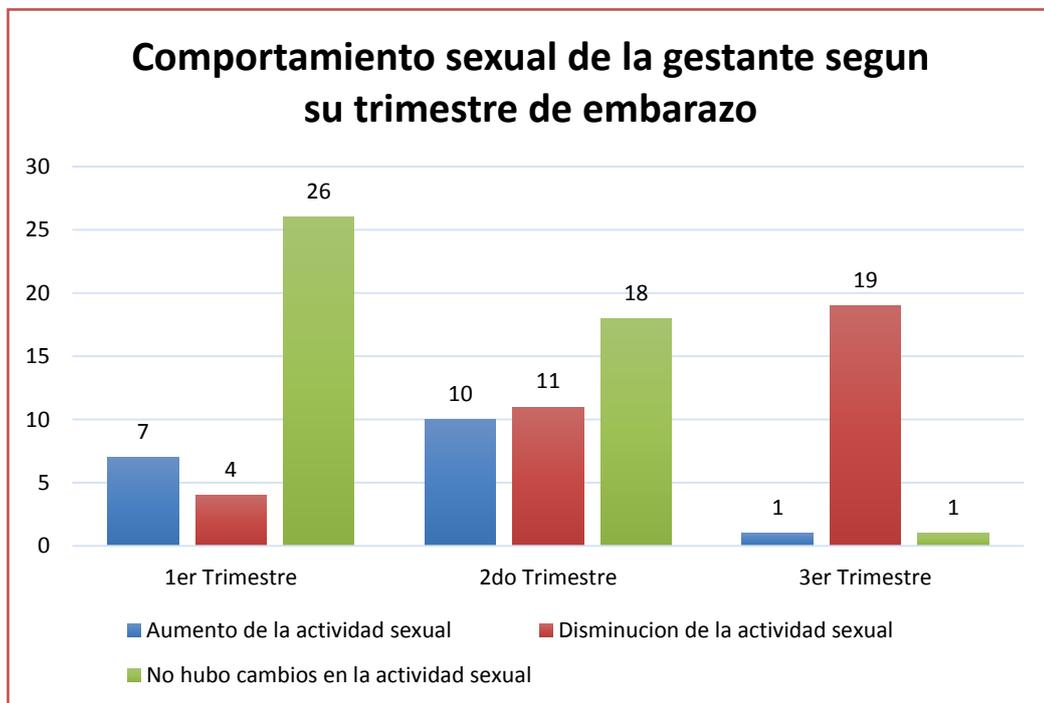
Luego de observar y estudiar los resultados estadísticos de cada pregunta, que se realizó a las gestantes del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco durante la entrevista, llegamos a la conclusión de que el comportamiento sexual que tienen las gestantes durante el embarazo va a presentar cambios, a medida que aumentan las semanas de gestación los cambios son más notorios en cada una de las gestantes.

5.2. Contrastación de Hipótesis y prueba de Hipótesis (Dependiendo de la investigación)

Significancia y Prueba de Chi-Cuadrado

Tabla 14.

Asociación de variables sobre el comportamiento sexual que tienen las gestantes durante el embarazo en relación al trimestre de embarazo en el que se encuentran, mediante la prueba chi cuadrado. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2016.



Al asociar el comportamiento sexual de las gestantes con el trimestre de embarazo en el que se encuentran, podemos observar que durante el primer y segundo trimestre de embarazo las gestantes no varían demasiado en su actividad sexual mientras que en el tercer trimestre de embarazo se puede notar una disminución significativa en la actividad sexual.

Por lo tanto, durante toda la gestación la actividad sexual es de forma positiva, También al obtener un valor de significancia de 0.000 se rechaza la hipótesis nula.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1.3 Presentar la contrastación de los resultados del trabajo de investigación.

El hecho de que el deseo sexual durante el embarazo se mantuviera casi invariable en las gestantes estudiadas, produciéndose un aumento del mismo hacia el segundo trimestre, coincide con la literatura revisada, que plantea que, al disminuir los malestares en el segundo trimestre, comienza una etapa de equilibrio y aumento del interés por el sexo. Por otra parte, Johnson considera que los efectos del embarazo sobre las funciones y sensaciones sexuales no son uniformes, para algunas mujeres en gestación es un período de mayor conciencia y goce sexual y otras no advierten cambio alguno o bien experimentan, una disminución de la sexualidad, y que la disminución del deseo y la frecuencia de las relaciones sexuales durante el embarazo en la medida en que este avanzaba, guarda relación con los cambios físicos y las molestias que ellos ocasionan; los cuales se acentúan y causan mayor incomodidad a medida que progresa la gestación. ⁽¹²⁾

Estudios realizados han demostrado que el deseo sexual en la mujer, puede verse disminuido a la vez que aumenta en ella su necesidad de ser cuidada y protegida, de recibir afecto y atención, convirtiéndose el embarazo en una oportunidad única para mejorar la comunicación interpersonal. Lo que explica el cambio de las preferencias de actividad sexual durante el embarazo y por qué en el estudio, la categoría besos y abrazos comienza a aparecer en el primer trimestre con gradual incremento hacia el tercero. ⁽¹³⁾

Al explorar, cual constituyó la motivación fundamental para mantener las relaciones sexuales, fue señalado con mayor énfasis, mantener la calidad de la pareja. Esto tiene que ver con la posición que afronta la mujer de forma tradicional en las relaciones de pareja, es decir, su rol

admite subordinar sus deseos a los del otro para así, mantener el equilibrio de la pareja, esto puede ser indicador de una posición de desventaja de la figura femenina lacerada por las tradiciones y prejuicios sexistas.

Al evaluar los criterios de si los cambios físicos ocurridos durante el embarazo afectaron el disfrute de la sexualidad, existió un predominio de respuestas afirmativas. Estos resultados coinciden con los de Richard Perkin, que explica este fenómeno no sólo porque el embarazo avanzado provoca determinadas molestias, sino porque al cambiar la imagen, en muchas mujeres disminuye su autoestima valorándose poco atractivas y no deseadas por sus parejas sexuales, lo que provoca un bloqueo emocional en la respuesta sexual; evita el pleno disfrute de las mismas por otra parte, algunas parejas a medida que avanza el embarazo tienen el temor de lastimar al feto, y la mujer, percibe una sensación de incomodidad que produce el abdomen aumentado de tamaño que la llevan a un menor disfrute. ⁽²⁷⁾

Por otro lado, es importante señalar que una parte de la muestra refirió haber recibido información sobre la sexualidad en el embarazo, y la mayor parte, proviene de los profesionales de salud. A pesar de ser esta cifra, la más alta de la muestra, parece insuficiente cuando, el Sistema de Salud brinda una cobertura total a las embarazadas desde el inicio de la gestación, diseñado para atender al embarazo no sólo como un fenómeno absolutamente biológico, sino como un hecho que sucede en un ser biopsicosocial, cargado de incertidumbre. Pero, se cuestiona si es real, que asisten los médicos al embarazo, bajo tales principios, y si logran establecer la comunicación que se requiere para tratar el tema, así como el valor de las herramientas que poseen para abordarlo. Quizás sean estas interrogantes las primeras líneas de futuras investigaciones. Ya que en publicaciones anteriores se plantea la necesidad de un enfoque de promoción de salud al respecto.

CONCLUSIONES

- Luego de observar y estudiar los resultados estadísticos de cada pregunta, que se realizó a las gestantes llegamos a la conclusión de que el comportamiento sexual que tienen las gestantes durante el embarazo va a presentar cambios, a medida que aumentan las semanas de gestación los cambios son más notorios en cada una de las gestantes.
- Se determinó según los estudios realizados que el comportamiento sexual de la gestante va a variar según el trimestre de gestación llegando a la conclusión que en el primer y segundo trimestre de embarazo las gestantes su deseo sexual no varían demasiado en su actividad sexual mientras que en el tercer trimestre de embarazo se puede notar una disminución significativa en la actividad sexual.

RECOMENDACIONES

- Consideramos que se deben aprovechar los datos del presente estudio para brindar consejería y orientación preventiva a las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano y así fortalecer sus conocimientos sobre las relaciones sexuales durante la gestación.

- Ejecutar trabajos de investigación similares en otros Hospitales y Centros de Salud con gestantes de diversos estratos sociales y con muestras de mayor tamaño para mejorar la actitud sexual de las gestantes durante toda la gestación.

- Por último, informar a todas las gestantes que deben acudir a todas sus Atenciones Prenatales para informarse si existen factores de riesgo durante las relaciones sexuales durante los diferentes trimestres de gestación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castelo-Branco C. Sexualidad humana: Una aproximación integral. Madrid. Revista Médica Panamericana 2005; 12(2):7-6.
2. Asociación Española para el estudio de sexualidad. La Sexualidad en el embarazo y puerperio Aeem 2011. http://www.aeem.es/ampliar_informam.asp?id=9 (ultimo acceso 14 junio 2016).
3. Guibovich M, Angulo Delgado, Luján Carpio E. Análisis de la actividad sexual de gestantes sin riesgo obstétrico que acuden a Hospitales públicos de Lima Metropolitana Perú. Horizonte Médico 2015;15(3):6-12.
4. Brtnicka, Weiss & Zverina (2010). Comportamiento sexual de varones durante el embarazo: casos en la ciudad de México. Terapia psicológica 2011;29(2), 185-190.
5. Masters W, Johnson V. Respuesta Sexual Humana. Buenos Aires. Interamericana;1972.
6. García González S, Duarte González L, Mejías Paneque M. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. Enfermería Global 2012;11(28), 453-464.
7. Ramón G, González S, Guerra L, García Arjona. Comportamiento de la conducta sexual durante el embarazo en un grupo de puérperas. ginecología y salud.2008. http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol41_1_15/gin05115.htm (ultimo acceso 12 junio 2016).
8. Sacomori C, Cardoso F. Prácticas sexuales de gestantes brasileñas. Revista chilena de obstetricia y ginecología 2012;73(5):313-317.
9. Puente Tovar FJ, Flores Ayola G. Sexualidad durante el embarazo. Ginecología y Obstetricia de México 1987; 55: 69-73.
10. Pauleta JR, Pereira NM and Graça LM. Sexuality During Pregnancy. Journal of Sexual Medicine 2010; 7: 136–142.

11. Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA and Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2000; 107: 964–968.
12. Vásquez J, Meza Sánchez GR. Relaciones sexuales y gestación. *Ginecología y Obstetricia* 2008; 45(1): 23-6.
13. Tamayo García MR, Calderón Basilio VJ, Colunga Santos S. Conductas sexuales durante el embarazo. *Psicología* 2003; 213-230.
14. Acarín, Nolasco, Acarín Pérez. *El Cerebro del rey: vida, sexo, conducta, envejecimiento y muerte*. Círculo de Lectores, 2009.
15. Rodríguez Moler F. *La Sexualidad en el embarazo y puerperio*. ASSIR Sant Andreu de la Barca 2008;8-9.
16. Soria B. *actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio*. Tesis. Universidad de Almería; 2012.
17. Aguilera MG. *Estudio de la Actividad Sexual de la Mujer Durante el Embarazo y Puerperio*. Tesis doctoral. Universidad de Almería; 2012.
18. Sandoval C. *Investigación cualitativa*. Bogotá: ICFES; 1996. p. 30, 71, 73, 86, 136, 159.
19. Shahjahan M., Mumu S., Afroz A., Chowdhury H., Kabir R., Ahmed K. et al. Determinants of male participation in reproductive healthcare services: a cross-sectional study. *Reproductive Health* 2013;10 (27). Citado enPMC3663737.
20. Contreras T. *Estudio del Comportamiento de la Función Sexual en Mujeres Embarazadas*. Tesis doctoral. Universidad de Oriente Núcleo Anzoátegui; 2010.
21. Levin, AA. *Cambios en la actividad sexual durante la gestación*. Tesis doctoral. Universidad Abierta Interamericana, Sede Regional Rosario;2012.
22. González I. *Ginecología y sexualidad*. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2002; 18 (5).

23. Bataglia Doldan V1, Leguizamón Freitas L, González Cabrera L, Velgara Maldonado M. Sexualidad y embarazo: Cambios observados en la sexualidad femenina durante la gestación. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas* 2014;41(1).
24. García Romero M. Sexualidad en el periodo gestacional. Tesis doctoral Universidad de Cádiz;2014.
25. Guivovich Mesinas A, Angulo Delgado T, Lujan Carpio E. Análisis de la actividad sexual de gestantes sin riesgo obstétrico que acuden a Hospitales públicos de Metropolitana, lima-Perú. *Horizonte Medico* 2011;15(3):6-12.
26. Piñero Navero S, Alarcos Merino G. Características y Modificaciones de la Sexualidad Durante el Embarazo. *Revista en Internet* 2010; 8(50).
27. Zoraida Maldonado Feliciano B.A. prevención y educación sexual para adolescentes con necesidades especiales menos significativas. Tesis Doctoral. Universidad Metropolitana; 2009.
28. Florencia. Nivel de información sobre las infecciones de transmisión sexual en adolescentes que cursan la escuela secundaria. Tesis. Universidad abierta Interamericana; 2008.
29. Florencia M. Nivel de información sobre las infecciones de transmisión sexual Tesis. Universidad abierta Interamericana; 2008.
30. Enfermedades De Transmisión Sexual, OMS Enfermedades. políticas y principios de prevención y asistencia. OMS: ONUSIDA, 1997, 11.
31. Delgado De la Cruz A. Nivel de conocimientos sobre sexualidad y manifestación de impulsos sexuales en adolescentes de la IE José Granda San Martín de Porras. Tesis. Universidad Mayor de San Marcos; 2009.
32. Psicología y mente. La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson. universidad en línea 1 de agosto de 2014. <https://psicologiymente.net/desarrollo/teoria-del-desarrollo-psicosocial-erikson#!> (ultimo acceso 20 agosto d016).

33. Javier Gomes Z. Psicología de la sexualidad. Madrid: alianza editorial España;2014.http://www.academia.edu/14967013/Psicologia_de_Sexualidad (ultimo acceso 20 agosto 2016).
34. Gabriel García M. la identidad. México; departamento de psicología;1989.
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 15 de julio de 2014. 40-60.
36. Guía práctica sobre sexualidad. Sexualidad en diferentes etapas de la vida. Sexo y salud. <http://sexoysalud.consumer.es/> (fecha de acceso 20 agosto 2016).
37. Pere Font. Instituto de Estudios de la Sexualidad y la Pareja Barcelona. Instituto de Estudios de la Sexualidad y la Pareja 2014; 2:3-11.
38. Embarazadas. Cambios en la vida sexual del embarazo. Alianza editorial. <http://www.embarazada.com/articulo/cambios-en-tu-vida-sexual-en-el-embarazo> (fecha de acceso 20 junio 2016).
39. López, José Salvador, Diana Isela C. Sexo y embarazo: ideas de profesionales de la salud. Revista Psicología y Sociedad 2012;23(3):608-615.
40. Cabero Roura L, Saldívar Rodríguez D. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Ed. Médica Panamericana. 2007.
41. Niswander KR. Obstetricia: Práctica clínica. 2º Ed. Editorial Reverté SA.1987.
42. Teresa Carrillo P, Rosa María NO, Bella María RM, Esther Velasco R. Endocrinología Del Embarazo y Parto. Fisiología Médica II. Madrid. Algafaura:2014.
43. Maldonado Durán M, Saucedo García, Lartigue T. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. Perinatol Reprod Hum 2008;22(1):5-14.
44. Julio Alfaro Toledo. Respuesta sexual. Revista de ginecología y sexualidad humana 2003; 1:10-25.

45. Respuesta sexual humano. Revista científica 2012;2(3):10.
46. Información Práctica Sobre las Relaciones Sexuales y la Sexualidad. Sexualidad y seguridad. <http://sexualidadseguridad.blogspot.pe/2010/03/fases-de-la-respuesta-sexual.html> (ultimo acceso 20 junio 2016).
47. Fertilab. Fases de la sexualidad http://www.fertilab.net/ver_impression.aspx?id_articulo=270 (ultimo acceso 20 agosto 2016).
48. Educción del paciente Bienestar y seguridad durante el embarazo;24-48
49. Blog del equipo de investigación de salud, sexualidad y género. Psicosexualidad. <http://psicosexualidadourense.blogspot.pe/2009/08/masters-y-johnson.html> (ultimo acceso 29 agosto 2015).
50. Berek y Novak´s. Gynecolghy, 14th. ed., Lippincott Williams, 2007.
51. Santiago Cedres y Gabriela Dartayete. Sexualidad en el embarazo. Plenus centro médico sexológicom 2013:1-3.
52. González Labrador I, Miyar Pieiga E. Sexualidad femenina durante la gestación. Revista Cubana de Medicina General Integral 2001;17(5):497-501.
53. Mila del Pozo P. Embarazo y nacimiento gozosos. 3 ed. (Monográfico; 4) Barcelona: Ediciones Integral, 1988:42.
54. Kolodny R, Master W, Johnson E. Tratado de Medicina Sexual. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1985:234, 314-5 (Edición Revolucionaria).
55. Harris Adrienne , Corbett Ken, Goldber Virginia. Teoría del género para el siglo XXI. Revista electrónica de psicoterapia;5 (3) – octubre 2011;429-455. sicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N3_2011/04_Garriga_Teoria-Genero-SigloXXI_CeIR_V5N3.pdf (ultimo acceso 20 agosto 2016).
56. Harris Adrienne Op. Cit:430.

57. Harris Adrienne Op. Cit:432
58. Harris Adrienne- Op. Cit:435
59. Morris, Ch. y Maisto, A. "Psicología". 2º Edición. México: Edición Pearson Educación; 1998 (pp. 586).
60. Coon, D. Psicología "Exploración y aplicaciones". 1º Edición. México: Editorial Internacional Thomson S. A.; 1999 (pp. 667, 677, 678, 679).
61. Enciclopedia Libre. wikipedia.org; 2012 Actitud. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud> [ultimo acceso 20 junio 2016]
62. Eiser, J.R. "Psicología Social". 2º Edición: Madrid. Editorial Valencia ISBN; 1999.
63. Baron, B. "Psicología Social". España. Editorial Prentica Hall Hispanoamerica; 1998 (pp. 130-138).
64. Diccionario electrónico medico; gestante definición. http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestante (ultimo acceso 20 de agosto 2016).
65. Diccionario de medicina. Definición de embarazo. oncostalad <http://www.definicionabc.com/salud/embarazo.php> (ultimo acceso 20 agosto 2016).
66. Diccionario de medicina. Definición de comportamiento. Oncostalad <http://www.definicionabc.com/social/comportamiento.php> (ultimo acceso 20 junio 2016).
67. Definición de. Sexualidad. <http://definicion.de/sexualidad/> (ultimo acceso 20 agosto 2016)

ANEXOS

**Anexo1
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**Título: “COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA GESTANTE DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO
VALDIZÁN MEDRANO - 2017”**

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Metodología	Población y Muestra
<p>Problema General</p> <p>¿cuál es el comportamiento sexual de la Gestante del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2017?</p> <p>Problemas Específicos.</p> <p>¿Cuál es el comportamiento sexual de la gestante según el trimestre de gestación del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco – 2017?</p> <p>¿Cuál es el comportamiento sexual de la gestante frente a los cambios propios del embarazo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco – 2017?</p>	<p>Objetivo General.</p> <p>Identificar el comportamiento sexual de la gestante del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>a.- Determinar el comportamiento sexual de la gestante según el trimestre de gestación del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco – 2017.</p> <p>b.- Conocer el comportamiento sexual de la gestante frente a los cambios propios del embarazo. del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco – 2017.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Ha: Existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes trimestres del embarazo sobre. El comportamiento sexual de la gestante del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2017 es de forma positiva.</p> <p>Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en los diferentes trimestres del embarazo sobre. El comportamiento sexual de la gestante del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2017 es de forma negativa.</p>	<p>Variable Dependiente:</p> <p>Gestantes</p> <p>Variable Independiente:</p> <p>Comportamiento sexual</p>	<p>EL NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL</p> <p>EL ENFOQUE ES CUANTITATIVO</p> <p>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN DESCRPTIVO-</p>	<p>Población:</p> <p>Está conformada por 171 gestantes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano durante el año 2017 y cumple con los criterios de inclusión.</p> <p>Muestra:</p> <p>El tamaño de la muestra se calcula para el presente estudio fue de 97 gestantes.</p>

Anexo 2

FECHA: / /

N.º encuesta:

**“COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA GESTANTE DEL
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2016”**

ANEXO 01

GUÍA DE ENTREVISTA

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA GESTANTE.

1.- Edad de la gestante: _____ en años.

2.- Lugar de procedencia.

- a. Huánuco.
- b. Amarilis.
- c. Pillco Marca.

3. Estado civil

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Conviviente
- d. Divorciada

4. Religión que profesa la gestante

- a. Católicas
- b. Evangélico

5. Grado de instrucción de la gestante:

- a. Analfabeto
- b. Primaria

- c. secundaria
- d. superior técnica
- e. superior universitario

CARACTERISTICAS OBSTETRICAS

6. Edad gestacional: _____ semanas x FUR o ECO

7.- Numero de Atenciones Prenatales.

ANEXO 03

Nº encuesta:

Fecha: / /

INSTRUCCIONES. Estimada gestante en esta oportunidad, le presentamos un cuestionario de entrevista referida al “COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA GESTANTE DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZAN MEDRANO 2016”.

Los datos solo se utilizarán con fines investigativos,

¡Gracias por su Colaboración!

I. COMPORTAMIENTO SEXUAL SEGÚN TRIMESTRE DE GESTACIÓN

PREGUNTAS	COMPLETAMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESCUERDO	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
1. Durante su embarazo las relaciones sexuales son placenteras					
2. Te incomoda tener relaciones sexuales en mi estado de gestación.					
3. Cuando tengo relaciones sexuales se pone en riesgo la vida de mi bebe.					
4. Mi pareja se ha vuelto más exigente sexualmente ahora que estoy gestando.					
5. Las relaciones sexuales durante el embarazo provocan mayor riesgo de descensos vaginales.					
6. Cuando tengo relaciones sexuales se presentan contracciones uterinas.					
7. Después de tener relaciones sexuales creo que me dolerá la cabeza.					
8. Debo tener relaciones sexuales con mi pareja para evitar que me sea infiel.					
9. Mi bebe nacerá con alguna malformación por tener relaciones sexuales.					

II. COMPORTAMIENTO SEXUAL FRENTE A LOS CAMBIOS PROPIOS DEL EMBARAZO

PREGUNTAS	COMPLETAMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESCUERDO	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
1. las náuseas vómitos disminuyen sus deseos de tener relaciones sexuales.					
2. El aumento de peso durante su embarazo disminuyen su deseo de tener relaciones sexuales con su pareja.					
3. Crecimiento del útero (barriga) le dificultan tener relaciones sexuales con su pareja.					
4. La Disminución de la lubricación vaginal (humedad vaginal) hace que usted rechacé aumente sus deseos de tener relaciones sexuales.					
5. El estrés y la ansiedad hace que usted evite tener relaciones sexuales con su pareja					
6. Las ganas de orinar con frecuencia afectan su vida sexual					
7. Las manchas presentes en su rostro asen que usted se sienta menos atractiva para su esposo; es por eso que usted evita tener relaciones sexuales.					

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por _____, de la Universidad _____.

La meta de este estudio es _____

 _____.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se anotará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____.

He sido informado (a) de que la meta de este _____ estudio es _____

_____.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Análisis de Fiabilidad (Alfa de Cron Bach)

Procedimiento realizado para calcular la fiabilidad y validez de los instrumentos utilizados por el investigador.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,708	27

Cuestionario	Media	Desviación	N
Durante su embarazo las relaciones sexuales son placenteras	4,92	,277	97
Te incomoda tener relaciones sexuales en mi estado de gestación.	4,89	,319	97
Cuando tengo relaciones sexuales se pone en riesgo la vida de mi bebe.	4,87	,372	97
Mi pareja se ha vuelto más exigente sexualmente ahora que estoy gestando.	4,85	,391	97
Las relaciones sexuales durante el embarazo provocan mayor riesgo de descensos vaginales.	4,97	,174	97
las náuseas vómitos disminuyen sus deseos de tener relaciones sexuales.	4,92	,277	97
El aumento de peso durante su embarazo disminuye su deseo de tener relaciones sexuales con su pareja.	4,94	,242	97
Crecimiento del útero (barriga) le dificultan tener relaciones sexuales con su pareja.	4,89	,319	97
La Disminución de la lubricación vaginal (humedad vaginal) hace que usted rechacé sus deseos de tener relaciones sexuales.	4,88	,331	97

El estrés y la ansiedad hace que usted evite tener relaciones sexuales con su pareja	4,89	,319	97
Las ganas de orinar con frecuencia afectan su vida sexual	4,88	,331	97
Las manchas presentes en su rostro hacen que usted se sienta menos atractiva para su pareja	4,96	,200	97

Como el resultado del alfa de Cronbach es de 0.708 y este es un número que se acerca a 1, se llega a la conclusión de que el instrumento utilizado por el investigador es confiable.